

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 28 octobre 1899, à 1 heure

Par F. MAGNIER

Né à Thiédeville (Seine-Inférieure), le 28 avril 1874

Interne à l'asile Saint-Yon

OBSERVATIONS CLINIQUES

SUR QUELQUES

PSYCHOSES A DÉBUT PRÉCOCE
CHEZ LA FEMME

Président : M. JOFFROY, professeur.

*Juges : MM. MATHIAS-DUVAL, professeur.
DUPRÉ et LANGLOIS, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

42

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	N.....
	CHANTEMESSE
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.	TILLAUX.
Clinique des maladies des voies urinaires.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André).	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage de toute mon affection.

A MA SŒUR

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BRUNON

Directeur de l'École de médecine de Rouen.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOFFROY

Médecin de l'asile Sainte-Anne
Chevalier de la Légion d'honneur

OBSERVATIONS CLINIQUES
SUR QUELQUES
PSYCHOSES A DÉBUT PRÉCOCE
CHEZ LA FEMME

INTRODUCTION

Il est de notion commune que la folie est surtout une maladie de l'âge adulte ; l'idiotie et l'imbécillité (maladies congénitales et qui de ce fait même doivent avoir une place spéciale dans la classification des affections mentales), une fois mises à part, on a longtemps considéré l'enfance et la jeunesse comme presque indemnes de troubles mentaux proprement dits ou du moins la folie y a été regardée comme très rare. Cette opinion a été autrefois bien exagérée et l'on peut dire que les travaux spéciaux sur la folie chez l'enfant sont de dates relativement récentes. En France, en particulier, en dehors d'une thèse ancienne de Le Paulmier (1856) l'ouvrage de Moreau de Tours est le premier en date (1888). La bibliographie sur ce sujet a été réunie dans un ouvrage récent de

Manheimer (*Les troubles mentaux de l'enfance*, 1899).

Il y aurait peut-être intérêt à ne pas restreindre l'étude des psychoses précoces à l'enfance seule mais à réunir sous cette rubrique toutes les maladies mentales qui peuvent survenir avant l'âge adulte. Il ne peut entrer dans le cadre de ce travail de faire un exposé dogmatique de ces maladies mais seulement de donner un certain nombre de cas que l'observation journalière a fait rencontrer à l'asile Saint-Yon. L'étude des troubles mentaux précoces a encore des progrès à faire et les matériaux que le hasard permet de réunir ne doivent pas être négligés.

Les observations que nous possédons se rapportent surtout à la démence précoce, à la confusion mentale, aux folies périodiques et menstruelles et au délire systématisé. Chacune de ces formes sera étudiée dans un chapitre à part et nous n'établirons entre elles aucun lien. Nous aurons seulement à faire ressortir que l'on peut considérer certaines de ces observations comme paraissant établir parfois un passage entre ces différentes formes dont les cas extrêmes sont cependant fort dissimilaires.

Au moment de terminer nos études nous tenons à adresser nos remerciements à nos maîtres dans les hôpitaux de Rouen et de Paris, dans les asiles de la Seine-Inférieure.

Que M. le Dr Brunon, en particulier, qui nous a toujours témoigné une grande bienveillance, veuille bien recevoir ici l'expression de toute notre reconnaissance.

M. le Dr Trénel médecin des asiles a été l'instigateur de cette thèse; ses excellents conseils, les traductions

qu'il nous a faites d'ouvrages allemands ainsi que les observations qu'il nous a communiquées nous ont été d'un grand secours.

Nous remercions M. le professeur Joffroy de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I

Démence précoce (1).

La question de la démence précoce est une de celles qui sont le plus discutées aujourd'hui; son étude est à l'ordre du jour du congrès de 1900 et M. Christian, l'un des rapporteurs, vient récemment de faire paraître un important travail sur ce sujet. L'historique de la question est fait dans ce travail auquel nous renvoyons (2); nous ajouterons seulement que, tout récemment, la question a été reprise dans différents congrès allemands et a donné lieu notamment aux rapports importants de Schüle, d'Aschaffenburg, de Kræpelin.

Ces auteurs s'efforcent en particulier de trouver et

1. Wille note que le terme « démence précoce » appartient à Morel. Morel l'emploie en effet incidemment dans le sens admis aujourd'hui; le terme dont il se sert habituellement est idiotisme consécutif (*Traité mal. ment.*, p. 566).

2. *Annales médico-psychologiques*, 1899, n° 1 et suivants. Cet article contient de très nombreuses observations. La thèse de Daraszkievicz (Dorpat, 1892) sur l'*Hébéphrénie*, et l'ouvrage de Wille (*Psychoses de la puberté*, 1898) sont des travaux de la plus haute importance et nous leur ferons de fréquents emprunts.

d'indiquer des signes sur lesquels on puisse s'appuyer pour établir un diagnostic et un pronostic précoces de l'affection; c'est là en effet que gît la difficulté. La maladie arrivée à sa période d'état peut être considérée comme d'un diagnostic relativement facile; le pronostic s'impose de lui-même. Quand on ferait alors une erreur de diagnostic la chose ne serait pas véritablement grave car on ne peut confondre cette affection incurable qu'avec d'autres affections incurables elles-mêmes : démence épileptique, imbécillité et idiotie, manie chronique, folie périodique à sa phase terminale, etc... Jusqu'ici les efforts faits pour établir ce diagnostic paraissent être restés vains. Ce sont surtout les aliénistes allemands qui se sont préoccupés de la question. Toutes leurs recherches dérivent des travaux de Kahlbaum sur la catatonie, mais il semblerait que la tendance actuelle soit de confondre la catatonie avec la démence précoce. Le syndrome catatonie ne serait qu'une des caractéristiques cliniques les plus importantes de l'affection mais nous verrons qu'à ce sujet même les avis sont partagés. La discussion qui a suivi l'exposé de Kraepelin au dernier congrès de Heidelberg porte la marque de ces divergences.

Dans cette controverse le terme même de démence précoce a été discuté. Parmi les synonymes qui ont été proposés celui de démence juvénile serait peut-être préférable, si l'on tient à faire rentrer exclusivement dans la maladie qui nous occupe les cas qui débutent à l'époque de la puberté ou aux environs de cette époque. M. Christian s'est arrêté au terme de *démence précoce des jeunes gens* qui évite toute confusion et qui est moins restrictif ;

il permet ainsi de faire rentrer dans la description un plus grand nombre de cas qui ne diffèrent les uns des autres que par l'âge. En effet, certains auteurs ont compté parmi les déments précoces non seulement les tout jeunes gens mais même des individus ayant atteint la trentaine et chez lesquels le symptôme important a été une démence progressive analogue à la démence précoce. Dans de tels cas, sans qu'il soit besoin d'en forcer le sens, le mot précoce est bien de mise. Ce n'est plus alors à une hébéphrénie que nous avons affaire mais à une maladie qui prend peut-être certains caractères particuliers quand elle se développe à l'époque de la puberté mais qui ne fait qu'un avec les cas plus tardifs.

L'âge des malades de M. Christian est de 16 à 25 ans. La plupart des malades sont des hommes. L'affection paraît infiniment plus rare chez la femme, de l'avis même de M. Christian qui craint cependant que dans l'avenir cette inégalité disparaisse, en raison des nouvelles conditions sociales, les femmes étant exposées au même surmenage que les hommes. Il faut dire que cette inégalité n'est pas admise par tous les auteurs; mais cette divergence d'opinions dépend surtout de la façon dont on envisage l'hébéphrénie. Ball(1) par exemple qui décrit uniquement la folie de la puberté considère que « les filles y sont « plus sujettes que les garçons. On comprend, ajoute-t-il, « si l'on tient compte de l'importance de la crise menstruelle chez la femme..... »

On touche ici du doigt les idées différentes que se font les

1. Ball. *De l'hébéphrénie Encephale*. 1884.

auteurs sur la maladie. Ball songe évidemment en cet endroit aux délires menstruels qui sont bien une hébéphrénie au sens étymologique du mot mais qui ne sont pas forcément, loin de là, un début de démence précoce. Il distingue d'ailleurs la folie précoce de l'hébéphrénie et fait ses réserves les plus expresses au sujet des limites à tracer au domaine de cette dernière affection. Sa leçon est déjà d'une date ancienne (1883) et depuis, tout en tenant compte de la divergence des opinions, on peut considérer que parmi les troubles mentaux qui surgissent à la puberté, la démence précoce des jeunes gens est une affection bien particulière.

A une date plus récente (1888) Mairet (1) s'est occupé de la question. Il admet que la puberté est la cause directe, efficiente de certains troubles psychiques et que la folie pubérale présente 2 formes particulières : la folie pubérale avec arrêt de développement intellectuel et la folie pubérale simple. Cette dernière peut revêtir les formes diverses : stupeur lypéman'aque, manie choré'que, manie impulsive et manie hystérique. Il pense démontrer le rapport de cause à effet de la puberté et des psychoses en question par le fait que chez des malades dont il donne l'observation il a pu constater que le développement physique marchait de pair avec la maladie mentale et que la maladie mentale guérissait en même temps qu'il observait la terminaison de la puberté. Et inversement il note dans d'autres cas un arrêt simultané du développement phy-

1. Mairet. *Folie de la puberté. Annales méd. psychologique* 1888-89.

que et du développement intellectuel. Mairet distingue les cas dans lesquels l'arrêt du développement est primitif et ceux où la démence est consécutive à un délire ; d'où la division que nous avons indiquée plus haut. Les divisions que cet auteur donne pour la manie pubérale simple paraîtront peut-être un peu artificielles.

Les milieux d'où proviennent nos malades expliquent facilement que nous ne puissions donner ici qu'un nombre bien limité de démences précoces authentiques. Nous aurions pu augmenter notre somme d'observations, si nous n'avions craint que les enquêtes rétrospectives, toujours difficiles et rarement bien véridiques, ne nous induisissent en erreur. Il y a toute apparence que parmi les nombreuses malades depuis longtemps internées, étiquetées imbéciles se trouvent des démentes précoces.

Dans l'observation I les renseignements médicaux affirment une marche progressive de l'affection après une fièvre typhoïde. Elle peut être rangée dans la catégorie qui nous occupe mais il serait évidemment difficile en s'appuyant sur l'état actuel de faire le diagnostic entre imbécillité et démence. Cependant il y a dans l'allure de cette malade quelque chose de peu définissable et une analogie frappante avec une autre malade indéniablement démente précoce (observation II) qui nous engage à admettre ce dernier diagnostic. Nous rapprochons ces deux observations car on peut dire que par leur aspect, par leur allure, par leur manière d'être les deux malades ont un véritable air de famille. Mais chez la première existent des stigmates physiques assez marqués qui manquent chez l'autre. Chez une troisième malade nous

avons pu assister au début même de l'affection dont la marche a été très rapide.

OBSERVATION I

DÉMENCE PRÉCOCE consécutive à une fièvre typhoïde, à l'âge de 10 ans.

D... Armande, née le 6 février 1873.

Cette malade est entrée à l'asile en septembre 1893. Les renseignements médicaux nous apprennent qu'elle a eu un grand-père et une tante aliénés, que son affection actuelle a débuté en 1886 à la suite d'une fièvre typhoïde pour suivre une marche lentement progressive. D... est à ce moment devenue déprimée paraissant même par instants plongée dans la stupeur ; son état nécessitait une surveillance constante car elle cherchait continuellement à s'enfuir dans la campagne.

Les certificats d'entrée et de quinzaine de M. le Dr Giraud constatent que D..., est dans un état habituel d'apathie et de dépression, qu'elle garde un mutisme presque absolu quand on l'interroge, qu'elle ne répond que par des monosyllabes prononcées à voix basse ; qu'elle paraît tourmentée par des hallucinations et concluent qu'elle est atteinte de lypémanie.

A cette époque la malade travaillait encore un peu mais était prise par intervalles d'accès de fureur intense. Depuis elle est toujours restée dans le même état. Actuellement elle ne travaille plus du tout, reste une grande partie de la journée soit couchée dans la cour soit assise sur une chaise sans parler. De temps à autre et sans aucune cause, à propos par exemple d'une parole que lui adresse une compagne, elle entre dans des accès

de fureur. Il en est de même la nuit : elle se lève et va au lit de ses voisines pour les frapper. D... est devant nous assise, la tête baissée, regardant sournoisement en dessous, ne voulant répondre à aucune des questions qui lui sont posées et qu'elle comprend. Elle a un léger prognathisme inférieur ; ses oreilles sont pointues et le lobule en est adhérent ; la bouche est un peu tirée à gauche, les cheveux sont implantés bas. La voûte palatine est profonde, les dents sont usées et cariées. Les pupilles, normales, réagissent bien ; la sensibilité et les réflexes sont normaux. La malade s'habille seule mais maladroitement ; elle mange d'une façon dégoûtante et ne prend aucun soin de sa personne. Elle se souille comme un enfant si l'on ne prend pas soin de la conduire aux cabinets. Elle est bien réglée.

OBSERVATION II

DÉMENCE PRÉCOCE ayant débuté à 22 ans à la suite de cause morale. Fièvre typhoïde antérieure. Hérité.

A..., Marie, née le 20 décembre 1869.

Cette malade a deux tantes maternelles internées dans deux asiles. Elle a eu la fièvre typhoïde à l'âge de 15 ans ; elle a été très intelligente et avait beaucoup de succès à la pension qui l'éleva. L'affection actuelle a débuté à l'âge de 22 ans et a eu comme point de départ une forte contrariété au sujet d'un mariage que ses parents voulaient lui faire contracter malgré elle. A partir de ce moment notre malade devint triste avec de longues périodes de dépression accompagnées d'hallucinations de l'ouïe ; elle fuyait alors la maison paternelle, errait de côté et d'autre, se croyait persécutée. Elle est restée dans cet état jusqu'en mai 1895 ; à cette époque survint une aggravation.

A...., prend en haine son père et sa sœur et ne veut absolument pas rentrer dans sa maison la croyant détruite par le feu.

On se décide à la faire entrer à l'asile St-Yon.

Les certificats d'entrée et de quinzaine de M. le docteur Giraud constatent que la malade s'excite facilement, se montre désordonnée, indocile et qu'elle refuse de s'occuper. Son état reste le même jusqu'aujourd'hui c'est-à-dire qu'elle est toujours inoccupée et indifférente à ce qui se passe autour d'elle.

Elle se refuse à tout entretien, elle paraît hallucinée; ses nuits sont souvent troublées.

Son état d'apathie est coupé de temps à autres de périodes d'agitation courtes pendant lesquelles la malade se montre très violente et frappe les personnes de son entourage. Actuellement elle est toujours la même ; nous la trouvons retirée dans un coin de la salle assise et inoccupée. Elle reste ainsi des journées entières, se remuant à peine, mal peignée et jetant ses regards de tous côtés d'un air hébété ; elle rit de temps à autre et ne répond à aucune des questions qui lui sont posées et qu'elle comprend. Parfois elle s'agite mais ses périodes d'agitation sont très courtes, irrégulières et surviennent sans aucune cause ; elle frappe alors celles de ses compagnes qui ne peuvent lui répondre.

Elle mange bien, dort bien aussi mais le soir avant de se coucher elle frappe sur son lit et veut vider ses matelas prétendant qu'ils contiennent des bêtes qui lui font peur. La malade est bien réglée.

OBSERVATION III

DÉMENCE PRÉCOCE. Surmenage et privations. Excitation puis apathie. Affaiblissement intellectuel. Mort par tuberculose pulmonaire.

V... Suzanne, née le 13 septembre 1878, entrée le 8 octobre 1896.

Cette malade a reçu l'éducation primaire ; elle était bonne ouvrière confectionneuse mais se surmenait travaillant parfois 16 heures par jour elle souffrait aussi de la misère. Elle est atteinte de bronchite chronique depuis 7 années ; une de ses sœurs a fait un séjour à Saint-Yon pour un accès de manie. Depuis 3 semaines V..., était toute triste ; elle dit avoir avalé des épingles pour se suicider. Il y a une semaine elle devient d'une gaieté exubérante se prétendant guérie, chantant et criant la nuit. Placée à l'hôpital elle ne peut y être conservée et est envoyée immédiatement à l'asile avec le diagnostic d'agitation maniaque avec albuminurie.

A son entrée V..., est très agitée, va et vient, chante, rit. Elle raconte qu'elle va se marier avec un étudiant ; elle paraît hallucinée et se plaint qu'on lui tient des propos inconvenants ; elle présente aussi quelques idées mystiques. Les urines ne contiennent pas d'albumine (analyse de M. Lailler pharmacien de l'asile). La malade est amaigrie et présente des signes de bronchite chronique. Elle est petite ne paraît pas son âge mais n'a pas d'autres stigmates de dégénérescence. Les règles ont disparu depuis 6 mois.

L'agitation s'atténue rapidement et la malade tombe dans un état de grande apathie et d'indifférence. Elle reste immobile,

répondant à peine aux questions, ne s'occupant à rien. En décembre elle fait subitement un nouvel accès d'agitation, va, vient, tient des propos incohérents ; elle gâte. Elle reste excitée au commencement de janvier puis retombe dans l'apathie ; l'intelligence paraît légèrement affaiblie. Dans les derniers temps de son séjour la malade a engraisé considérablement dans un temps très court et d'une façon évidemment anormale. Le gâtisme a disparu, l'apathie diminue un peu mais l'intelligence paraît affaiblie ; on ne peut faire faire à la malade que des travaux tout à faciles. Elle reste dans le mutisme et on ne peut tirer d'elle que des réponses presque monosyllabiques, souvent seulement un sourire niais.

La malade est retirée par sa famille après être restée un an à l'asile ; elle serait morte peu de mois après de tuberculose aigüe. Pendant son séjour à l'asile l'état de ses poumons s'était très amélioré ; cependant la malade avait parfois des accès d'étouffement.

Nous avons observé une malade chez laquelle l'affection mentale reproduit un tableau clinique tout à fait semblable à celui de ces déments précoces, avec cette seule différence que la maladie a débuté à un âge beaucoup plus avancé.

Chez elle on peut éliminer franchement l'influence de la puberté. Les cas de ce genre présentent un certain intérêt en raison des discussions sur les limites à donner à la démence précoce et sur l'étiologie de l'affection. Ici on peut invoquer comme cause une vive émotion. De plus les parents de la malade se demandaient sans pouvoir rien affirmer à ce sujet si leur fille qui vivait loin d'eux ne se

serait pas livrée à l'usage habituel des boissons alcooliques. Mais il est certain que rien dans les symptômes observés pendant le séjour à l'asile ne permet d'invoquer l'alcoolisme.

Rappelons que M. Christian n'a observé la démence alcoolique à début précoce que d'une façon tout à fait exceptionnelle ; voir à ce sujet son opinion au sujet de son observation 22.

OBSERVATION IV

DÉMENCE PRÉCOCE. Pas d'hérédité. Intelligence vive. Début à la suite de cause morale. Alcoolisme très douteux. Instabilité. Obtusion mentale. Mutisme. Démence probable.

P..., Marie née le 11 février 1869, entrée en décembre 1897.

L'hérédité est niée. Cette malade très intelligente est restée en pension jusqu'à un âge avancé et y eut beaucoup de succès. Elle partit ensuite comme première dans un magasin de modes de Londres et y resta quatre années ; comme elle était ambitieuse elle s'y donna beaucoup de mal. Elle revint en France en juillet 1896 un peu bizarre paraissant fatiguée ; elle devait se marier au mois de décembre suivant. Quoique bien décidée à son mariage notre malade reçut mal son fiancé ; après un échange de lettres peu aimables le mariage est rompu en février 1897. A partir de ce moment P..., apparut tout à fait changée : renfermée, triste, n'ayant aucun goût pour le travail ; sa mémoire était affaiblie elle n'avait aucune suite dans ses idées ; les nuits devinrent mauvaises. Ses parents se demandèrent si leur enfant n'avait pas contracté à Londres des habitudes d'intempérance en fréquentant d'autres jeunes filles abusant de li-

queurs fortes mais il n'y eut là de leur part qu'une simple supposition.

P., entre pendant un mois dans une maison de santé de Paris ; son état n'y subit aucun changement. La malade reste dans le mutisme, ne travaille plus et se laisse soigner comme un enfant.

Elle entre à Saint-Yon en décembre 1897. Les certificats de M. le Dr Giraud constatent qu'elle a une grande mobilité de caractère, qu'elle est inquiète, qu'elle reste difficilement en place, répond brièvement aux questions qu'on lui pose : Elle se dit prise d'ennui et ne peut dire pourquoi ; elle ne présente pas de points d'anesthésie ou d'hyperesthésie.

La malade est une grande jeune fille grêle sans stigmates physiques bien notables si ce n'est qu'elle a le menton fuyant ; elle a l'aspect un peu ahuri. Elle va, vient sans but, ne paraît nullement savoir où elle se trouve ; elle répond difficilement et seulement par quelques monosyllabes aux questions qu'on lui pose. On ne peut obtenir d'elle de renseignements précis sur son séjour en Angleterre ni sur les événements qui ont pu donner lieu à son internement, Elle cherche à s'échapper, sans violence d'ailleurs, quand on veut l'examiner et se refuse aux quelques exercices qu'on veut lui faire faire (écriture, lecture, etc.,). Elle ne s'occupe à rien, ne sait s'habiller toute seule, se montre tout à fait négligée dans sa toilette ; elle se déchausse et se promène pieds nus dans le jardin. Il faut la servir, la faire manger la peigner, l'habiller. Elle reçoit ses parents d'une façon tout à fait indifférente. Elle dort bien, ne veut pas se lever le matin ; son appétit est bon. La malade qui était une ouvrière remarquablement habile ne peut faire aucun ouvrage suivi. Elle rit naïvement quand on lui fait des observations sur sa tenue et

n'en tient aucun compte ; elle paraît en somme parfaitement inconsciente. Elle n'a présenté aucun état soit de dépression soit d'agitation mais simplement un état de confusion tout à fait caractéristique. Elle paraissait toujours quand on l'interrogeait avoir l'esprit absent.

Il n'y eut à noter aucun signe physique quelconque et en particulier aucun symptôme d'alcoolisme. Au cours de son séjour à l'asile la malade ayant été prise en congé par sa famille fut, nous l'apprîmes indirectement, emmenée au pèlerinage de Lourdes. A son retour elle était extrêmement fatiguée et nous parut plus confuse que jamais. Il fut à cette époque impossible d'obtenir d'elle une parole et au moment où sa famille la retira définitivement on avait l'impression qu'elle était en voie de démence.

Dans les observations précédentes la démence s'est établie d'emblée ou du moins a suivi immédiatement la période délirante. C'est le mode habituel de développement de la démence précoce. On sait que dans de tels cas on éprouve les plus grandes difficultés à retrouver des signes d'affaiblissement intellectuel ; ce n'est d'ailleurs qu'exceptionnellement que ces malades sont observés d'une façon compétente au début même de l'affection. Il y aura lieu de revenir sur ces difficultés de diagnostic précoce.

Dans d'autres cas l'affection évolue non plus d'une façon régulièrement progressive mais par accès. On voit en effet souvent noté avant l'accès actuel suivi de démence un ou même plusieurs accès délirants antérieurs suivis de guérison ; il est probable que ces guérisons sont seulement

apparentes et c'est l'avis d'Aschaffenburg (1). Mais il y a lieu de faire ici une distinction des plus importantes et de différencier les cas qui sont en réalité des folies périodiques vraies. On peut se demander en effet si certaines folies périodiques à début précoce ne peuvent pas être suivies de démence assez rapide ; il y a lieu cependant de rappeler qu'en thèse générale, en France du moins, on considère que la folie périodique vraie est compatible pendant de longues années avec l'intégrité de l'intelligence pendant l'intervalle des accès.

L'apparition prématurée de la démence suffit-elle pour éliminer le diagnostic de folie périodique ? C'est ce que nous sommes actuellement hors d'état d'affirmer ou de nier. Nous aurons à revenir sur ce sujet à propos du diagnostic. Rappelons seulement que l'identité des symptômes dans deux accès différents permet presque d'affirmer le diagnostic de folie périodique. On peut admettre que dans la généralité des cas de démence précoce les accès délirants antérieurs n'ont été que le début de la démence. Nous pouvons donner ici l'observation d'une malade qui, entrée à l'asile une première fois à l'âge de 16 ans pour un accès hallucinatoire, sortit suffisamment améliorée pour prendre du service comme domestique. Elle rentra à l'asile 7 ans plus tard au cours d'un accès hallucinatoire ; elle présente actuellement le type de la démence précoce (observation V.)

1. *All. Z. f. Psychiatrie*, tome 56, mai 1899.

OBSERVATION V

DÉMENCE PRÉCOCE. Premier accès de délire hallucinatoire à l'âge de 20 ans. Deuxième accès de délire hallucinatoire à l'âge de 27 ans. Démence.

M..., Marie née le 11 janvier 1869 entrée en 1889 et en 1896.

M..., élevée à la campagne a reçu à l'école primaire une assez bonne instruction.

Cette malade est entrée pour la première fois en avril 1889. Les renseignements obtenus à cette époque nous apprennent que M..., avait été congédiée, deux mois auparavant, par ses maîtres parce qu'elle ne voulait plus travailler. Revenue chez ses parents son état n'avait fait qu'empirer ; triste et absorbée la malade restait dans un mutisme absolu, paraissait hallucinée. Son état mélancolique était coupé de temps à autre par des périodes d'excitation pendant lesquelles elle brisait tout ce qu'elle pouvait attraper. Elle est amenée à l'asile. Les certificats d'entrée constatent qu'elle est désordonnée, ne répond pas aux questions qu'on lui adresse, qu'elle paraît inconsciente. Jusqu'au mois de septembre la malade reste triste, pleurant sans raison, refusant de s'occuper, paraissant hallucinée ; elle fait des difficultés pour manger. De septembre en décembre son état s'améliore et elle sort en état de guérison apparente.

Elle rentre en janvier 1893. Les renseignements sur son histoire depuis sa sortie sont obscurs ; nous savons seulement qu'elle put trouver plusieurs places comme domestique ; elle aurait été reprise de délire hallucinatoire au cours duquel elle se serait jetée par la fenêtre pour fuir un incendie imaginaire (?) Le certificat d'entrée de M. le Dr Giraud dit que M... est atteinte

de trouble intellectuel ; elle est inquiète et préoccupée, a perdu le sommeil, ne veut pas rester dans son lit et répond d'une manière vague aux questions qu'on lui pose. Elle a une fracture malléolaire de la jambe droite. Depuis cette époque l'état de la malade est resté sensiblement le même. Pendant l'année 1896 elle est restée inquiète ; ses idées sont confuses ; elle ne sait pas exactement l'année de sa naissance ni son âge, se rappelle vaguement sa tentative de suicide. Elle veut continuellement s'enfuir sans pouvoir préciser où elle se rendrait, cet état de confusion des idées persiste constamment ; par exemple : interrogée en novembre 1898 la malade ne se rappelle plus spontanément sa tentative de suicide. Lorsqu'on lui en parle elle répond qu'elle s'est jetée par la fenêtre « parce qu'elle ne pouvait plus rentrer ».

Elle dit que nous sommes en 1884 ; elle se croit au mois de mars ou de février. Elle n'a aucune initiative : il faut la coucher, la lever, la peigner ; elle va et vient sans but et joue avec des bouts de papier qu'elle collectionne dans ses poches. Elle fait parfois des travaux de couture faciles. La malade comprend bien les questions qui lui sont posées mais réfléchit longuement pour y répondre. Elle lit, écrit et calcule correctement.

Actuellement M., a la figure hébétée, son regard est fixe et lointain ; elle erre toute la journée en tenant à la main un travail de couture qu'elle n'achève jamais. On est obligé de la faire manger, elle s'habille seule mais ne veut prendre aucun soin de sa toilette. Elle dort mal et fait du bruit la nuit. Elle refuse tout d'abord de répondre aux questions que nous lui posons parce que, dit-elle, elle n'a pas assez de cervelle pour avoir de la conversation. Elle prétend être à l'asile depuis 15 jours et n'être âgée que de 18 ans ; elle ajoute que nous som-

mes en juillet 1900. Elle sait qu'elle est entrée à Saint-Yon ; interrogée à nouveau sur sa tentative de suicide elle raconte qu'elle s'est jetée par la fenêtre parce qu'elle ne savait pas comment rentrer (?) Elle prétend que sa mère est venue la voir il y a 8 jours lorsqu'en réalité elle n'a pas reçu de visite depuis de longs mois. La malade fait de grandes difficultés pour nous répondre: elle pleure ou met la main devant sa bouche ou bien bredouille. Elle est en général calme mais de temps à autre elle a des accès de colère pendant lesquels elle déchire ses habits et frappe ses camarades. Elle est bien réglée. Sa langue est tremblante, ses pupilles réagissent bien ; stigmates physiques : petitesse du crâne, existence d'un segment coloré en brun dans la pupille d'un œil.

Deux de nos malades nous présentent actuellement, à 2 périodes de son évolution, le tableau typique de la démence précoce débutant par un délire systématisé. Mais cette systématisation rapide, presque d'emblée, s'est accompagnée d'un état d'agitation très marqué, de certaines bizarreries qui pouvaient permettre dès le début de songer au diagnostic de démence précoce. L'une des malades (observation VI) jeune religieuse très instruite et paraît-il tout à fait remarquable comme éducatrice, après une période d'inquiétude dont elle peut jusqu'à un certain point encore rendre compte, tomba rapidement en peu de jours dans cet état que nous avons indiqué et qui nécessita d'une façon assez précoce son envoi à l'asile. Son insouciance la disparition absolue des sentiments affectifs, son incohérence, le passage brusque d'un calme apparent à une agitation incoercible son impulsivité dangereuse, ses at-

titudes rigides passagères etc..., lui donnent bien l'allure de la démence précoce ; mais cette incohérence même ne permet pas encore de nous rendre suffisamment compte d'un affaiblissement intellectuel que l'on pressent plus facilement qu'on ne peut se le prouver.

L'autre malade en question (observation VII), est à une période plus avancée de l'affection. C'est encore une jeune fille intelligente et ayant reçu une bonne instruction chez laquelle le délire paraît avoir eu dès le début un certain polymorphisme et qui depuis plusieurs années qu'elle est à l'asile reste dans un état absolument stationnaire : agitée, violente, parfois même d'une façon impulsive et dange-reuse. Elle donne des marques indéniables d'affaiblisse-ment mental qu'on peut remarquer en particulier dans des lettres dont l'une sera reproduite plus loin. Cette lettre débutant par quelques membres de phrase normaux n'est plus bientôt qu'un tissu d'incohérences incompréhensibles ; l'écriture est elle-même déformée d'une façon remarqua-ble. Ces écrits paraissent caractéristiques tant au point de vue du fond que de la forme.

Kræpelin (1) y attache une grande importance : « beau-
« coup des particularités du langage sont encore plus
« évidentes dans les écrits des malades. On y remarque
« de l'incohérence dans les idées, de longues phrases filan-
« dreuses et mal construites, un ramassis d'images variées,
« des incidentes inattendues. Souvent aussi la forme en
« est négligée ; l'écriture en est irrégulière, les caractères
« en sont enjolivés : on y trouve des mots soulignés ; la

1. *Psychiatrie*, p. 429.

« ponctuation est absente ou au contraire très abondante. « De telles lettres sont souvent assez caractéristiques « pour que sur elles seules on puisse faire en toute sécurité le diagnostic de la forme d'affaiblissement intellectuel particulier dont il s'agit ». M. Christian donne plusieurs de ces écrits tout à fait caractéristiques. Chez les deux malades dont nous nous occupons, chez la seconde en particulier, on peut noter cette emphase particulière des discours que les auteurs donnent comme étant l'un des symptômes propres à la maladie.

OBSERVATION VI

DÉMENCE PRÉCOCE. Consécutive à un accès de délire avec agitation à l'âge de 25 ans.

L..., Blanche, née le 5 janvier 1873 entrée en décembre 1898.

La mère est névropathe. Cette malade, institutrice dans un couvent, était paraît-il, remarquable pour la manière dont elle conduisait sa classe. Dans les derniers jours de décembre 1898, elle devint bizarre, ne s'occupant plus de son travail ; elle fit alors une démarche inconsidérée (sur laquelle nous n'avons aucun détail) auprès de sa supérieure, devint tout à fait agitée. Son état nécessita d'abord son retrait d'emploi puis son entrée à l'asile (28 déc. 1898). Le certificat d'entrée de M. le docteur Giraud porte que L..., est dans un état de trouble et d'excitation ; elle est bruyante, tient des propos incohérents est désordonnée. Elle est sans sommeil et fait du bruit la nuit.

La malade est robuste et ne présente pas de stigmates physiques. Elle reste dans le même état ; désordonnée, incohérente

dans ses propos ; elle est continuellement agitée et par moments se montre tout à fait agressive ; elle frappe alors les personnes de son entourage avec la dernière violence. Elle tient des propos sans suite, se livre à des extravagances, déchire parfois ses draps et ses habits. Elle sort le 20 mars 1899 sans aucune amélioration.

A sa rentrée, 3 jours après, elle est dans le même état : violente, dangereuse, répondant par des incohérences à toutes les questions, paraissant mal orientée, se refusant à tout examen, ne prenant aucun soin d'elle-même, gâtant parfois, résistant avec la dernière violence aux soins qu'on voulait prendre d'elle. Elle accueille fort mal sa mère qui vient la visiter régulièrement.

Depuis quelques semaines elle est plus calme mais reste très mobile. Elle rit niaisement ; il est impossible de fixer son attention ; elle ne s'occupe jamais, court à droite et à gauche dans la cour, s'amuse parfois à regarder les gravures de journaux illustrés sans paraître se rendre compte de ce qu'elle voit. Elle ne peut soutenir un long interrogatoire : ses réponses sont bonnes au début mais elle se lasse vite et finit par faire des réponses incohérentes nullement en rapport avec ce qu'on lui demande. La malade se rappelle avoir vu sa mère la veille ; elle donne exactement la date de sa naissance mais ne peut dire s'il y a un an ou un mois qu'elle est à St-Yon. Elle se rappelle convenablement ses antécédents, dit qu'elle était institutrice à St-A..., nous rapporte avec détails les travaux qu'elle donnait à ses élèves. Elle reconnaît que dans les derniers jours elle s'acquittait mal de sa tâche. « Je m'ennuyais et ne pouvais faire convenablement la classe ; mon esprit faisait deux ou trois choses à la fois et était distrait. Je corrigeais mal mes cahiers

« et j'y laissais des fautes. A la fin j'ai été prisé d'inquiétude et
« j'écrivais lettres sur lettres de tous côtés ». Elle commence à
dire des incohérences : « Je ne sais plus si mon acte de nais-
sance porte Blanche. mon frère s'est mis à faire une
« pile électrique. ». A partir de ce moment la malade ré-
pond tout de travers aux questions qu'on lui pose. « M. et
« Mme C..., devaient venir, ma sœur est allée à la rencontre,
« il y a là une coïncidence, j'avais été reconnaître Suzanne, et
« j'y ai vu une chaudière magnifique et j'ai rencontré Sadi-
« Carnot ». On fait lire la malade ; elle change des mots, inter-
cale des membres de phrases n'ayant aucun rapport à ce
qu'elle lit ; elle coupe les phrases de façon absurde qui leur re-
tire tousens ; elle lit difficilement les mots inconnus. Elle lit
par exemple prince pour province. Dans la phrase suivante les
mots en italique ont été intercalés à la lecture « d'uniforme se
rapporte un peu *Bonaparte et Ste-Beuve* à celui, etc. . . . le jour-
nal de Bilbao *de Sibérie en Asie* dit dans son dernier numéro.....
nous aurons de glorieux faits d'armes à enregistrer *enregistre-*
ment améthyste dans les états de service de ces soldats si vail-
lants et qu'en raison de leur agilité *il est italien* qui se déve-
loppe. . . . ».

La malade écrit correctement sous la dictée mais ne nous fait
plus que des réponses incohérentes. Elle mange bien et en-
graisse d'une façon anormale ; elle dort bien.

Elle est toujours désorientée, échappe à sa mère qui la pro-
mène dans le jardin et va errer sans but. Dernièrement à la
messe elle est devenue bruyante, s'est jetée à terre et s'est mise
sans perte de connaissance en état de raideur, tel qu'il a fallu
plusieurs personnes pour l'emporter ; on l'a couchée, l'état de
raideur a vite disparu,

Il y a une certaine exacerbation des symptômes au moment des règles.

OBSERVATION VII

DÉMENCE PRÉCOCE consécutive à un délire polymorphe
survenu à l'âge de 20 ans.

L... Gabrielle née le 5 août 1875 entre en octobre 1875.

L'hérédité paraît nulle.

L..., est pourvue de son brevet de capacité. Le début de l'affection remonte au commencement de l'année 1895 et la marche en fut progressive ; la malade paraît avoir présenté un délire polymorphe : elle accusait sa mère de vouloir l'empoisonner : elle se croyait tour à tour la Vierge ou Jeanne d'Arc avec mission de sauver la France. A son entrée à Lyon en octobre 1895 L... était remuante, désordonnée, tenait des propos sans suite. Son état resta stationnaire jusqu'en juin 1896 : petites périodes de calme coupant de longues périodes d'agitation pendant lesquelles la malade se trouvait très violente, refusait de répondre aux questions ; néanmoins elle s'occupait encore à de menus travaux de couture. Sortie non améliorée en juin 1896 elle rentre en août de la même année : ainsi que le constatent les certificats son état mental est le même que deux mois auparavant c'est-à-dire qu'elle est toujours excitée, tient des propos incohérents, est bruyante, adresse des injures et des menaces aux personnes qui l'entourent. Ce deuxième séjour s'effectue sans aucune amélioration ; la malade mange bien mais ne s'occupe pas. Elle a de fréquents accès de violence et de très courtes périodes de calme. Elle dit des injures aux médecins, déchi-

re ses jupons, refuse de prendre connaissance des nouvelles de sa famille, ne répond pas quand on lui adresse la parole. Elle brise des carreaux, est agressive, se met en colère pour la cause la plus futile. Souvent elle s'approche sournoisement du médecin en cherchant à le frapper, une fois même elle mit son projet à exécution ; on l'a trouvée souvent occupée à défaire toutes les pièces de sa literie pour les éparpiller dans sa cellule ; une fois elle a été surprise par le médecin la face tournée vers le mur dansant, criant à pleine voix des paroles cabalistiques pendant plusieurs heures. La malade ne présente pas de stigmates physiques, son regard est fixe, ses cheveux bouclés tombant de chaque côté du visage lui donnent l'aspect d'une figure de Méduse. Elle sait depuis combien de temps elle est à Saint-Yon ; elle donne l'adresse exacte de ses parents, la date, exacte de sa naissance. Ses réponses sont coupées d'incohérences dont elle rit. Elle dit qu'elle se met en colère « pour remettre son cerveau au niveau et pour ne pas déraisonner après » puis que « elle entendait les attaques nocturnes des prédicateurs qui lui parlaient comme à une religieuse, que c'est la religion qui l'a rendue malade ». Elle entend des paroles la nuit ; pendant l'interrogatoire la malade semble répondre plusieurs fois à des hallucinations. « J'ai vu la nuit une ombre, c'était « comme la croix qui dégringolait sur mon lit j'ai cru que c'é-
« taient des sorciers, après c'était le chat qui était entré dans
« mon ventre ». On lui fait réciter la fable du corbeau et le renard : elle dit bien quelques vers mais très rapidement elle devient incohérente. La malade sort non guérie le 30 mars 1899 et est ramenée en juin suivant. Sa famille n'a pu la garder ; elle se mit à frapper ses parents, tenait des conversations imaginaires, fit du scandale sur la voie publique. L... est tou-

jours sujette à de vives périodes d'agitation, n'est jamais lucide, tient des propos extravagants disent les certificats d'entrée. Elle court de tous côtés, chante, ne s'occupe jamais. Parfois dans la journée elle va se coucher sans aucune raison. Elle va à table lorsqu'on l'y invite : elle dort bien la nuit. De temps à autre elle se montre violente.

En septembre la malade nous répond qu'elle est à Saint-Yon depuis 1 mois ; elle est assise sur une pierre dans un coin de la cour, la tête appuyée sur ses genoux. Elle paraît répondre à des hallucinations ; elle se coiffe et se décoiffe, joue avec ses habits. On lui demande le nom de la salle où elle se trouve elle répond « par vous-même » et si l'on insiste « Si vous voulez interroger ma camisole ». Dormez-vous bien ? elle répond « la consultation ». Sa conversation est absolument incohérente. Elle se souvient d'avoir reçu la visite de son père. Quand on lui dit : au revoir, elle répond : « c'est difficile à conjuguer ».

Elle est bien réglée.

EXTRAIT D'UNE LETTRE

Asile Asil Maison BB. J. Rendon de l'academy de Schrylol.

Il faut que vous prendre si on dit que vous ne savez ce que va devenir pour le sauf-conduit de le mandat d'amener ; je ne dis pas que crever être une mol de pot est amable personne tout ce que je sais qu'on a aussi dit parce que vous êtes ; je sais absolument tout sans aucun pour qu'il soit de la règle depuis quelque 2 ans. sony ol sony comes old descendre pour la terrible maladie (puis mots sans suite pour la plupart incompréhensibles. La lettre se termine par une page de signes cabalistiques enchevêtrés).

On peut s'attendre à rencontrer chez la femme l'intervention de troubles hystériques parmi les symptômes qui marquent le début de la maladie. Kræpelin (1) indique le fait et M. Christian (2) écrit à ce sujet : « L'hystérie « ne paraît exercer qu'une influence secondaire ; c'est « une complication que j'ai rencontrée assez fréquem-
« ment non seulement chez les filles mais même chez les
« garçons. Il ne m'a pas paru qu'elle hâtât la démence ». Certains auteurs donnent la psychose hystérique comme étant l'équivalent de l'hébétéphrénie chez la femme.

Il y a apparemment à faire parfois la distinction entre les attitudes cataleptoïdes et la catalepsie. Une de nos malades a présenté des accidents de ce genre qui n'ont pas été sans compliquer quelque peu le diagnostic au moins au début. Cette jeune fille, jusque-là très bien portante, fut prise tout à coup avant son arrivée à l'asile d'accès d'agitation alternant avec des périodes de dépression et au cours de ces accidents présenta sinon des crises convulsives véritables du moins des états de raideur plus ou moins passagers avec quelques mouvements spasmodiques sur lesquels nos renseignements n'ont pu être très précis. A l'asile il n'a pas été constaté de véritables accidents hystériques ; les stigmates s'en bornaient à de l'anesthésie conjonctivale et pharyngée et une sorte d'état d'imminence cataleptique qui se caractérisait de la façon suivante :

Il suffit de fermer les yeux de la malade, de lui joindre

1. *Psychiatrie*, p. 433.

2. *Loc. cit.*, p. 433.

les mains ou de mettre ses bras en croix pour la faire tomber dans une sorte d'extase cataleptoïde d'une durée de quelques minutes (7 dans un cas) au sortir de laquelle elle disait avoir eu ses hallucinations mystiques habituelles. Il suffit même de lui étendre les bras en croix par la voir fermer les yeux, battre des paupières et dire au réveil qu'elle était Jésus en croix. Ce sont là de véritables attitudes passionnelles hystériformes, mais il n'existait pas de points hystérogènes et la malade, quoique très docile, n'a jamais pu être hypnotisée. Cet état fut passager ; les attitudes cataleptoïdes ne se sont jamais reproduites ni spontanément ni par provocation et depuis de longs mois on ne constate plus qu'une démente tranquille qui n'empêche cependant pas la malade de faire quelques petits ouvrages d'aiguille faciles à la condition d'être guidée ; parfois surviennent de courts raptus impulsifs, d'ailleurs peu dangereux.

OBSERVATION VII

DÉMENCE PRÉCOCE. Pas de stigmates physiques ; début rapide par délire hallucinatoire. Attitudes cataleptoïdes se produisant pendant 6 semaines. Elles disparaissent pour ne jamais plus revenir. Apathie profonde. Affaiblissement intellectuel.

H..., Marie née le 18 mars 1876 entrée le 11 septembre 1896.

L'hérédité serait nulle.

Cette malade a toujours été bien portante et a reçu une bonne instruction primaire. Son affection actuelle a débuté le 5 juillet dernier. Depuis cette époque H..., ne travaille plus, ne dort plus, prononce des paroles incohérentes qui étonnent fort son en-

tourage habitué à la voir laborieuse et tranquille. Elle s'agite par intervalles ayant de véritables périodes d'excitation alternant avec de courtes périodes de dépression pendant lesquelles il est impossible de lui tirer une parole. H., a des idées mystiques et des hallucinations. Elle a vu Jésus-Christ descendre du ciel et a dit à son père d'étendre un drap pour le recevoir. Elle perçoit de mauvaises odeurs de soufre et de brûlé; elle a des voix intérieures. Enfin elle a voulu se précipiter par une fenêtre.

Le certificat de 24 heures de M. le D^r Trénel dit que : H... présente un délire polymorphe avec hallucinations de tous les sens et idées mystiques. Elle voit apparaître des anges, elle entend des voix divines les unes sous forme d'hallucinations auditives les autres sous forme d'hallucinations psychomotrices. Elle perçoit des odeurs délicieuses et sent des attouchements surtout le corps. Sous l'influence de ces hallucinations elle prend des poses extatiques. Elle aurait eu des crises convulsives et aurait fait des tentatives de suicide ; elle présente de l'anesthésie conjonctivale et pharyngée.

Le certificat de quinzaine dit qu'elle présente un délire polymorphe avec idées de grandeur et idées mystiques, des hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale. Une voix intérieure lui dit qu'elle sauvera la France. La malade est très réticente et garde un mutisme presque absolu.

H..., est bien constituée quoique un peu grêle, elle ne présente pas de stigmates physiques.

Elle est calme, répond à voix basse aux questions qu'on lui pose et donne l'impression d'une jeune fille timide. Cependant, si l'on insiste auprès d'elle pour avoir des réponses on s'aperçoit rapidement d'un état de confusion marqué.

Elle comprend bien ce qu'on lui dit ; elle accomplit ce qu'on lui ordonne mais avec une sorte d'hésitation. Elle s'oriente assez bien, se rend compte qu'elle est dans un asile ; elle a des hallucinations, reste d'habitude tout à fait apathique, se tient parfois des heures entières dans une attitude toujours la même souvent cataleptoïde.

Le 1^{er} octobre 1896. la malade est moins réticente, répond assez bien. Elle ne sait plus depuis combien de temps elle est ici ; elle se rend compte qu'elle se trouve dans un asile où on l'a amenée parce qu'on l'a cru folle. Elle voit distinctement les anges qui lui ont dit qu'elle était la France ; c'est la France qui parle par sa gorge (elle ferme les yeux, ses paupières battent).

On n'observe pas de points hystérogènes ; mais il y a de l'anesthésie pharyngée et oculaire.

La malade a eu hier une sorte de courte extase, la tête penchée, les bras demi étendus. On lui étend les bras : elle bat des yeux et se dit le Christ sur la croix. Après un instant de repos on la replace dans la même position : elle y reste sept minutes sans bouger sauf un léger mouvement de tête ; enfin ses yeux battent, ses bras retombent, elle se frotte les yeux, dit qu'elle est restée ainsi parce qu'elle y était forcée et qu'elle a vu toutes sortes de belles couleurs. On croise ses mains en prière, elle garde cette attitude. Pendant tout le mois d'octobre, elle reste dans le même état : il est facile de provoquer des attitudes cataleptoïdes, il n'est pas possible de la mettre en sommeil hypnotique. Cette période de tendances cataleptoïdes n'a duré qu'un temps relativement court (6 semaines).

Depuis cette époque la malade se trouve dans un état d'apathie profond. Elle sourit niaisement quand on l'interroge, répondant à peine aux questions qu'on lui pose, ne se rappe-

lant pas une visite qu'une tante lui a faite la veille, disant encore qu'elle ne connaît pas la personne qui est venue la voir. Elle paraît avoir perdu tout sentiment affectif pour sa famille.

H..., ne sait pas depuis combien de temps elle est à l'asile, elle ignore la date de sa naissance et son âge. Elle prétend être entrée à Saint-Yon parce qu'elle le voulait. En 1898 elle ne travaille plus, frappe parfois sans raison d'une façon impulsive ; elle déchire ses habits, ne s'habille plus et ne prend aucun soin de sa personne. Elle a perdu la mémoire des faits les plus récents. Pendant ses règles qui durent de 5 à 6 jours elle est plus égarée et plus méchante. Elle ne réagit pas à la piqûre, elle présente de l'anesthésie conjonctivale à gauche.

Actuellement la malade paraît n'avoir nulle conscience du lieu où elle est : elle fait encore de petits travaux de couture mais a besoin d'être continuellement guidée. Elle mange et dort bien, mais ne prend aucun soin de sa toilette : il faut la peigner, la laver. Elle gâte parfois, il faut qu'on la conduise de temps à autre aux cabinets. Son regard est fixe et elle ne prend nulle attention aux questions qu'on lui pose ; parfois elle rit niaisement. Elle est en général calme, mais de temps à autre sans cause elle s'approche sournoisement de ses compagnes et les frappe violemment. La malade est bien réglée.

Actuellement il est évident que cette malade présente le tableau typique de la démence précoce ; mais au début ce n'était pas seulement avec l'hystérie qu'on pouvait la confondre, ainsi que nous l'avons dit, mais aussi avec cette maladie si particulière que les Allemands ont décrite sous le nom de catatonie. Les attitudes que prenait la malade au début de son séjour rappelaient bien les mouve-

ments et les attitudes stéréotypés des catatoniques et on pouvait présager un développement consécutif plus marqué de ces phénomènes. Cela n'a pas eu lieu et aucun symptôme de ce genre n'a reparu depuis près de 3 ans déjà.

Nous rappellerons à ce propos les discussions qui ont lieu en ce moment en Allemagne sur la place et l'importance qu'il faut accorder à la catatonie et aux phénomènes catatoniques. Kræpelin (1) décrit la catatonie dans un chapitre spécial entre la démence précoce et la démence paranoïdienne. Il la considère comme formant une affection particulière.

Schüle (2) pense que « la forme grave de la catatonie se rapproche de la démence primaire de la forme juvénile en particulier, ou n'est qu'une psychose de dégénérescence périodique circulaire modifiée par des épisodes catatoniques. La forme légère qui est parfois elle-même très prolongée (1 à 2 ans) rappelle la folie constitutionnelle névrosique, en particulier la folie hystérique ». Aschaffenburg (3) est du même avis. Ilberg (4) admet la catatonie comme une maladie spéciale au sens de Kahlbaum, maladie caractérisée par la marche cyclique (mélancolie, manie, stupeur, confusion mentale puis démence) décrite, par cet auteur ; de plus Ilberg admet la guérison possible

1. *Psychiatrie*, page 441.

2. *Allgem. Z. f. Psychiatrie : zur Katatonie Frage*. tome LVI fasc. 4, 3 nov. 97.

3. *Allg. Z. f. Psychiatrie die Katatonie Frage*, tome 54 fasc. 6
4 Ilberg. *Allg. Z. f. Psychiatrie, die Bedeutung der Katatonie* tome 55, fasc. 4

(avec persistance de l'affaiblissement intellectuel) ainsi que les rémissions.

Dans le seul travail français que nous connaissions à ce sujet Lemaitre (1) n'accepte pas la catatonie comme une maladie spéciale mais comme un syndrome qui se rencontre dans les maladies les plus diverses. Pour M. Christian confusion mentale, stupeur et catatonie ne font qu'un.

DIAGNOSTIC. — Dans son article M. Christian note parmi les diagnostics à faire : l'imbécillité, l'idiotie, la confusion mentale (à laquelle il unit la stupeur et la catatonie) les démences symptomatiques (épileptique, alcoolique et traumatique) la paralysie générale juvénile de l'existence de laquelle il doute d'ailleurs.

M. Christian dit qu'en l'absence de renseignements précis il est lui-même tombé dans l'erreur dans le diagnostic avec l'idiotie et l'imbécillité car comme il l'écrit « le seul élément de diagnostic certain ce sont les antécédents ». Le diagnostic rétrospectif pourra parfois se faire par la recherche de « quelques reminiscences du passé » qu'on ne pourrait retrouver en aucun cas chez l'imbécile.

Pour la confusion mentale dans ses différentes formes il est certain qu'il est presque impossible de faire un diagnostic au début car cet état même de confusion mentale empêche de se renseigner même approximativement sur l'état de l'intelligence. On sera toujours obligé dans de tels cas de poser un diagnostic

1. Lemaitre. *Contribution à l'étude des états cataleptiques dans les maladies mentales*, Paris, T. 95.

d'attente. Peut-être pourra-t-on dans l'avenir déterminer tel ou tel signe physique (état des réflexes, examen ophtalmologique, phénomènes circulatoires, modifications de l'urine) qui donnerait un point de repère plus précis car, quant aux symptômes mentaux, on peut dire actuellement que la confusion mentale curable et la confusion mentale symptomatique se superposent presque. Le mode de début n'est pas un élément suffisant de diagnostic. Cependant comme le pense Christian la stupeur primitive a un début brusque d'ordinaire, la démence précoce étant au contraire insidieuse. Jusqu'à nouvel ordre on peut admettre peut-être que les attitudes catatoniques ou mieux que l'un quelconque des symptômes que les allemands englobent sous le nom de phénomènes catatoniques sont — ceci sous toutes réserves — un bon élément de diagnostic (1).

1. Schüle a donné une fine analyse de ces phénomènes catatoniques : nous la reproduisons d'après la *Revue neurologique* (28 février 1878, analyse 206). Il en admet six formes :

1° Status attonitus (*Attonitat*) état général de rigidité musculaire, généralisée avec aspect fixe du visage, sialorrhée.

2° Les degrés légers du même état, (*Leichtere Attonitals grade*) avec attitudes stéréotypées mais qui peuvent être influencées par la suggestion ce qui paraît être une particularité caractéristique de ces spasmes psychiques ou psycho-moteurs.

3° Les gesticulations de forme obsédante irrésistible (*Zwangsgelberden*) se rapprochant des états ci-dessus décrits avec lesquels elles peuvent se combiner mais elles sont d'un ordre psychique plus élevé et ont parfois une apparence volontaire.

4° Les spasmes toniques et cloniques combinés localisés, transitoires et qui parfois sans être ni la chorée ni des spasmes clo

Les mêmes difficultés, qui se présentent pour la stupeur primitive et la stupeur prédéméntielle, se retrouvent pour la stupeur mélancolique celle-ci pouvant n'être que le premier symptôme de la future démence précoce. On ne peut en somme qu'indiquer la difficulté sans qu'il soit possible actuellement de la résoudre.

Pour les démences symptomatiques mêmes difficultés; M. Christian considère ce diagnostic comme facile. Kræpelin s'est attaché (1) à comparer les états crépusculaires des épileptiques et la démence précoce. Il indique pour les états crépusculaires d'épileptiques la désorientation et la confusion dans les idées, les postures anxieuses et plus rarement extatiques, les réactions violentes répondant à certains états affectifs : dans la démence précoce il y a d'une part des troubles assez peu considérables de l'orientation et de la conception, de l'indifférence et d'autre part les impulsions violentes se produisent sans cause et

niques typiques ni des mouvements volontaires ont quelque chose de tout cela.

5° Les formes alternantes où l'on voit se succéder les expressions stéréotypées de l'anxiété du plaisir, etc. (*Affectspasmen*).

6° Les mouvements irrésistibles d'apparence volontaires et les mouvements paradoxaux.

Nous rappellerons que les symptômes de ce genre ne se sont manifestés que dans une seule de nos observations à propos de laquelle nous avons fait une courte discussion de phénomènes catatoniques et cataleptiques. Notons en passant qu'on a observé les symptômes catatoniques dans la paralysie générale (*Arnlt, Knecht*) et qu'il pourrait y avoir là dans certains cas complication dans le diagnostic.

1. *All. Z. f. Psychiatrie*, mai 1899.

sans but et ne sont pas la conséquence d'états affectifs.

Pour le diagnostic de la paranoïa et de la démence précoce Kræpelin dit que dans celle-ci les idées délirantes systématisées qu'on peut y rencontrer au début sont transitoires comme dans la paralysie générale; que si elles persistent c'est pour devenir contradictoires et variées; qu'elles ne se perfectionnent pas et n'ont qu'une faible influence sur l'allure et la conduite des malades ce qui contraste avec la systématisation des idées dans la paranoïa. Il ajoute que le début de la maladie est aigu ou subaigu dans la démence précoce; enfin il insiste sur les phénomènes catatoniques qu'on ne rencontrerait pas dans la paranoïa. En somme ces signes sont assez évidents dans les cas types mais le diagnostic peut rester parfois difficile comme le prouvent deux observations citées par Kræpelin.

Dans l'une au moins des deux obs. que nous donnons au chapitre délire systématisé nous avons tout lieu de penser qu'il s'agit en réalité d'une démence précoce ou tout au moins rapide ayant débuté sous la forme de délire systématisé.

Kræpelin fait encore le diagnostic avec la folie circulaire en prenant successivement les états dépressif et maniaque.

Pour la période dépressive on ne peut que répéter ce qui a été dit tout à l'heure de la stupeur mélancolique simple, en rappelant que sous le masque apathique et triste des circulaires déprimés existe « un état effectif anxieux » lequel peut se manifester d'une façon tout à fait inattendue tandis que sous le masque apathique du

« dément existe une indifférence réelle et manifeste ».

Dans la période maniaque de la folie circulaire (et la même chose pourrait se dire de la manie pure) le malade, dit Kræpelin, comprend ce qui se passe autour de lui, conserve dans sa suite d'idées une certaine suite plus ou moins reconnaissable et sa conduite est commandée par son état d'esprit. Dans l'excitation maniaque de la démence précoce au contraire l'excitation paraît être tout à fait indépendante des faits extérieurs et la manie y présente un cachet d'incohérence absolue et une indifférence propre à ces malades ; l'intensité de l'incohérence n'est pas en rapport avec celle de l'excitation. Le langage est tout à fait incompréhensible ; dans les cas graves apparaîtraient les néologismes. L'agitation motrice est incoercible et souvent les malades font des mouvements maniérés sur lesquels nous avons eu l'occasion de revenir à plusieurs reprises.

Kræpelin, comme conclusion de son rapport, émet provisoirement un certain nombre de propositions, où il réunit les signes sur lesquels on peut s'appuyer au point de vue du diagnostic de la démence précoce. « Autant qu'on peut le reconnaître jusqu'ici, dit-il, il faut tenir compte des symptômes suivants (1) :

« 1° Obtusion mentale avec euphorie (gemüthliche « Stumpfheit) indifférence, diminution de l'activité mentale avec conservation de la perceptivité (Auffassungsfähigkeit). La reconnaissance de ces symptômes peut être

1. *Allg. Z. f. f. Psychiatrie*, mai 1899.

« rendue difficile par l'engourdissement des malades ou
« leur négativisme.

« 2° Idées délirantes très caractérisées, insensées, sans
« émotivité ni excitation ; elles peuvent disparaître en
« laissant un degré profond d'affaiblissement du juge-
« ment.

« 3° Mouvements stéréotypés et maniérés sans excita-
« tion. Ils peuvent disparaître tandis que persiste un af-
« faiblissement psychique marqué.

« 4° Alternatives régulières peu durables d'excitation et
« de dépression tandis que persiste dans les intervalles
« une obtusion mentale avec euphorie. Comme elles sont
« particulièrement fréquentes dans les périodes terminales
« avec accompagnement d'hallucinations et d'idées déli-
« rantes transitoires, leur apparition est d'un pronostic dé-
« favorable.

« 5° Disparition du négativisme et de l'excitation sans
« retour de bien-être, de la participation à la vie exté-
« rieure, de l'intérêt pour les parents, de l'activité men-
« tale, du désir de s'occuper de ses affaires. Inverse-
« ment on ne doit pas perdre tout espoir d'amélioration
« tant qu'il existe soit une excitation durable soit un né-
« gativisme marqué ».

Le PRONOSTIC est en somme fatal et c'est là ce qui fait
l'importance et la nécessité d'un diagnostic immédiat.
Cette gravité absolue du pronostic est l'opinion générale
de tous ceux qui considèrent la démence précoce comme
une forme bien spéciale ayant une individualité aussi nette
que la paralysie générale ; mais comme il y a des *pseudo-*
paralysies générales il est à croire qu'il y a des *pseudo-*

démences précoces puisque à ce sujet certains auteurs ont parlé de curabilité. Mais en somme en allant au fond des choses ces guérisons sont ou des rémissions ou des guérisons *apparentes*, seul terme admis par Kræpelin dans la statistique qu'il donne. Dans son rapport récent, auquel nous avons fait de fréquents emprunts, il donne les chiffres suivants d'après 300 cas. Parmi ceux s'accompagnant de phénomènes catatoniques 59 0/0 sont suivis de démence profonde, 27 0/0 d'affaiblissement intellectuel plus ou moins marqué, 13 0/0 de guérison apparente. Dans les autres formes d'hébéphrénie 75 0/0 des cas sont suivis de démence profonde, 17 0/0 d'affaiblissement intellectuel plus ou moins marqué, 8 0/0 de guérison apparente.

A ces notions Kræpelin ajoute les suivantes : il a noté que dans 20 0/0 il y a des rémissions dont la durée ne dépasse pas 5 années ; cependant il admet la récidive après 7 et 10 ans chez des malades en apparence guéris.

M. Christian est beaucoup plus catégorique et donne simplement le pronostic comme fatal au point de vue mental ; ceci rend bien indifférente sa bénignité au point de vue physique. La maladie est en effet compatible avec une survie très longue, on peut cependant considérer, comme exceptionnel l'âge donné par M. Christian (obs. I mort à 70 ans). Parmi les observations que nous avons données nous noterons simplement qu'une des malades a pu sortir non guérie (n° IV) mais capable de vivre dans sa famille ; qu'une autre (n° V) après une guérison, qui fut assez complète puisque la malade a pu reprendre du

service au dehors, rentra en plein délire hallucinatoire suivi de démence apathique.

Nous renvoyons aux indications générales que M. Christian a fournies au point de vue de la MARCHÉ, DURÉE ET TERMINAISON de la maladie. Disons seulement que nos quelques observations reproduisent les différentes variétés notées par l'auteur. Dans l'observation V il y a guérison apparente puis rechute ; dans l'observation III il y a un degré léger de démence réduisant la malade à l'état d'une individualité automatique mais encore utilisable ; dans cette même observation on note deux accès maniaques très rapprochés et entre lesquels il n'y eut aucune rémission vraie tandis que dans le cas précédent il y eut une rémission ou guérison apparente. Les observations VI et VII représentent la forme maniaque ou plutôt agitée avec impulsions violentes ; l'observation IV représente la forme confuse, les obs. I et II la forme apathique simple (type de pseudo-imbécillité), quelques symptômes catatoniques se retrouvent dans l'observation VIII. L'âge de début chez chacune a été : 10 ans, 22 ans, 28 ans, 20 ans, 25 ans, 20 ans et 20 ans.

Au point de vue de la fréquence, aujourd'hui où l'on diagnostique d'une façon précise cette affection, il est évident qu'elle apparaîtra beaucoup moins rare que le disent certains auteurs. Kræpelin la donne comme fréquente et il la trouve dans 5 à 6 0/0 des entrées de son service. M. Christian en a vu plus de 100 cas en 20 ans. Sur un chiffre d'entrées total de 798 malades en 4 années M. Trenel a pu nous faire recueillir 8 observations de démence précoce ce qui fait 1.13 0/0 ; mais il faut remarquer que ces observations sont prises dans un service de

femmes et que de l'avis général cette affection est beaucoup plus rare chez elles.

A propos de la marche même de la maladie on ne peut que répéter avec M. Christian « l'affaiblissement intellectuel arrive vite à son point culminant et dès lors reste « à son état stationnaire » Le fait est évident dans toutes nos observations et en effet l'absence de toute progressivité des symptômes une fois la période de début passée paraît l'une des caractéristiques de la maladie. On en trouvera des exemples répétés dans les observations de M. Christian. Ce fait distinguera, semble-t-il, facilement au point de vue clinique la démence précoce non progressive de la démence paralytique progressive précoce dont les observations sont encore si discutées. A ce caractère s'ajoutera dans cette dernière tout l'ensemble des symptômes paralytiques qui manquent absolument (ainsi que tout autre symptôme physique important) dans la démence précoce simple.

La durée de la maladie paraît indéfinie : sur 33 malades morts de M. Christian 12 avaient de 20 à 30 ans, 10 de 30 à 40, 4 avaient plus de 50 et 7 plus de 60. Sur les 27 survivants de ses 104 cas plus de la moitié a dépassé « l'âge moyen de la vie, quelques-uns sont des vieillards ».

La maladie serait donc en principe chronique et chronique d'emblée; cependant il est permis de supposer qu'elle puisse dans certains cas avoir un début et une marche aiguë ou suraiguë. Pour ne rappeler que deux de nos observations (XIII et XIV) qui suivront, n'y aurait-il pas à dégager de l'obscur ensemble des délires aigus

certain cas qui représenteraient la forme aiguë rapidement mortelle de la démence précoce. M. Christian a par exemple observé un cas où à l'arrivée du malade et durant plusieurs jours il craignit un délire aigu en raison de son état d'agitation désordonnée. Il y aurait lieu de rechercher et de décrire au cas échéant cette forme dont on peut supposer théoriquement l'existence. Dans un de nos cas (obs. XI) qui est rangé dans la confusion mentale nous trouvons une terminaison par état d'épuisement (*Erschöpfungszustand* Kræpelin-Binswanger). Ce fut le mode de terminaison d'une affection qui a peut-être été une démence précoce à marche rapide, diagnostic que nous pouvons seulement supposer, la malade n'ayant été examinée qu'à la fin de sa maladie (d'une durée totale de 18 mois avec une période terminale de 1 mois).

Nous nous demanderons si certains cas de paralysie générale dite prolongée dont l'existence a été très discutée ne seraient pas des démences précoces ou des démences de forme analogue où la coexistence de certains symptômes physiques a pu faire poser peut-être à tort le diagnostic de paralysie générale. Pareil diagnostic resta douteux pendant quelque temps dans un cas de psychose précoce (au début de la menstruation) où l'enfant à son arrivée présentait de l'inégalité pupillaire avec tremblement de la langue et tomba peu après son entrée dans un état de stupeur.

A ce propos il est à remarquer que L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE de la démence précoce n'existe pas comme le dit M. Christian en observant que seul le microscope pourra donner une indication utilisable.

Le plus grand nombre de nos malades réalise au point de vue de l'ÉTILOGIE et de la PATHOGÉNIE les idées émises par M. Christian ; c'est que la plupart du temps les malades sont des individus d'intelligence normale souvent supérieure, beaucoup plus rarement d'intelligence faible. Il note 69 0/0 d'intelligences moyennes, 22 0/0 d'intelligences bonnes, 8 0/0 d'intelligences médiocres. Sa statistique diffère considérablement comme il le fait remarquer de celle d'Aschaffenburg qui est même supérieure à la sienne, si l'on peut s'exprimer ainsi, au point de vue des antécédents intellectuels des malades (55 0/0 bien doués). Après avoir analysé tous ses cas M. Christian s'exprime ainsi : « Tout cela dénote une moyenne intellectuelle satisfaisante, « aucun de mes malades ne saurait être considéré comme « étant né avec une débilité mentale qui se serait aggravée « à la puberté... »

Nombre d'autres auteurs sont du même avis. Il est certain qu'il est assez difficile parfois d'avoir des renseignements exacts ou véridiques de la part des parents qui se font bien souvent des illusions sur les facultés intellectuelles de leurs enfants et cela peut-être avec d'autant plus d'exagération que cet enfant est d'intelligence inférieure ; ils y mettent inconsciemment une sorte de point d'honneur. Aussi bien est-il de notion courante qu'on voit des parents qualifier d'intelligents de notoires idiots. On ne peut donc accepter leurs renseignements sur l'état antérieur des malades, surtout quand ceux-ci sont jeunes, que sous bénéfice d'inventaire. Cependant il est des circonstances où l'on peut avec précision déterminer l'état intellectuel de certains malades.

M. Christian en particulier donne des détails précis à ce sujet. Si nous analysons à ce point de vue nos observations nous trouvons les renseignements suivants précis. La malade II avait eu des succès constants à sa pension ; la malade III était une excellente ouvrière, la malade IV avait été toute jeune à la tête d'un atelier, la malade VI était une institutrice de premier ordre, la malade VII avait obtenu son brevet de capacité, la malade VIII avait un moment été destinée à l'enseignement.

Des renseignements précis manquent sur les malades I et V qui étaient d'ailleurs d'une situation sociale inférieure, mais elles sont données comme jouissant antérieurement d'une intelligence normale. Une autre malade (obs. XXV) que nous avons classée provisoirement dans les délires systématisés, mais qui en réalité paraît faire actuellement de la démence, avait été jugée capable de se présenter à l'école de Sèvres connue comme étant d'un accès fort difficile. Seule la malade qui fait l'objet de l'observation XI et pour laquelle le diagnostic est d'ailleurs douteux était considérée par sa famille comme débile. Ainsi donc dans 9 cas l'intelligence était normale et parfois au-dessus de la moyenne sinon même fort distinguée dans l'un d'eux. Ce n'est que dans 3 des cas (III, VI, XXV) qu'on peut noter comme cause adjuvante ou déterminante le surmenage soit intellectuel, soit physique ; dans les observations I et II il y eut une fièvre typhoïde antérieure. Dans tous les autres cas toute espèce de notion exacte sur l'étiologie manque.

Au sujet de l'influence de l'hérédité nos renseigne-

ments sont malheureusement tout à fait incomplets ; dans les rares cas où nous avons quelques notions plus précises elles sont insuffisantes ; rappelons que la malade III a eu une sœur internée à l'asile pour un accès maniaque qui a guéri. Mais pour citer une opinion plus autorisée disons que M. Christian ne croit pas que l'hérédité « soit le facteur principal : les vrais héréditaires ne deviennent pas déments » et il constate que la plupart de ses malades n'avait aucun antécédent héréditaire, et cela de la façon la plus affirmative ; cette opinion paraît être aussi celle de Kræpelin. Pourtant la majorité des auteurs voit dans la démence précoce une maladie de nature héréditaire ; seules de nombreuses observations bien documentées à ce point de vue pourront permettre d'élucider la question. Jusqu'à nouvel ordre M. Christian range la maladie parmi les psychoses par épuisement. Cette étiologie ne peut pas toujours être invoquée et doit être certainement éliminée dans nos observations I, II, V, VII et VIII. L'influence de l'établissement de la puberté ne paraît pas non plus pouvoir être toujours invoquée. Chez la femme en particulier où l'établissement des règles donne une date précise, le rapport de la démence précoce avec la puberté devra être recherché. Nous manquons de détails exacts à ce sujet, mais toutes nos malades, sauf une avaient dépassé l'âge moyen de l'instauration menstruelle. Nous ne notons d'ailleurs actuellement aucun trouble menstruel grave chez nos malades. C'est là d'ailleurs aussi l'avis de M. Christian qui ramène chez la femme comme chez l'homme l'étiologie de la démence précoce « au surmenage sous toutes ses formes » (obs. 18 à 31).

Dans deux cas de Daraskiewicz où la démence fut très précoce (12 et 14 ans) la menstruation s'était établie plus tôt que dans ses autres cas. Le développement intellectuel de ces deux malades avait été précoce aussi.

CHAPITRE II

Confusion mentale aiguë. Délire aigu.

On ne discute plus aujourd'hui sur la réalité de l'existence de la CONFUSION MENTALE AIGUE comme type morbide spécial. Nous ne reproduirons pas à ce sujet les discussions récentes et nous prendrons ce terme dans la même acception que Chaslin dans son livre classique. Notons seulement qu'au point de vue de l'âge d'après cet auteur « l'âge de prédilection serait de 20 à 40 ans. Meynert « admet surtout l'espace de 20 à 30 ans » (1). On peut donc considérer comme rare la confusion mentale aiguë dans le jeune âge. C'est d'ailleurs ce que fait remarquer Mannheimer (2).

Nous pourrions facilement citer un certain nombre d'observations typiques prises chez les adultes mais ceci nous écarterait de notre sujet en nous faisant sortir des strictes limites que nous nous sommes tracées. Mais parmi les observations que nous avons à notre disposition il y en a deux qui représentent bien la confusion mentale aiguë précoce. L'une d'elles a trait à une enfant de 9 ans

1. Chaslin, *Confusion mentale primitive*.

2. *Loc. cit.*, p. 91.

qui a déjà fait l'objet d'un article de M. Trénel (1).

OBSERVATION IX

(Résumée d'après M. Trénel, *Normandie médicale*, 1897).

CONFUSION MENTALE AIGUE

D... Augustine, née le 10 novembre 1886, entrée le 19 août 1896.

Hérédité : père alcoolique, cousine hystéro-épileptique. A l'école la malade apprend difficilement et est en retard pour son âge.

Il y a huit jours, à la suite d'une frayeur elle est prise subitement la nuit d'un accès d'agitation ; l'enfant gesticule, veut frapper les personnes qui la maintiennent, cherche à fuir, a la figure grimaçante et l'écume à la bouche. Il n'y eut ni morsure de la langue ni miction involontaire. L'agitation persistant et la malade ne voulant prendre aucune nourriture on l'amène à l'asile le 19 août 1896.

A son entrée, l'enfant se montre très agitée ; elle est absolument inconsciente, va droit devant elle sans prendre attention aux obstacles qu'elle rencontre ; dans d'autres moments elle reste immobile, en état de stupeur absolue. Elle ne prononce aucune parole, elle a de la sialorrhée. Les jours suivants l'état de la malade demeure stationnaire ; elle gâte, ne réagit à aucune excitation, tantôt reste immobile, tantôt se meut de façon automatique. Elle a en outre des accès d'agitation motrice consi-

1. *Normandie médicale*, année 1897.

dérable ; il n'y a pas d'élévation de température. L'enfant ne dort pas et est très amaigrie.

Dans les premiers jours d'octobre elle se montre plus éveillée : elle s'alimente, reconnaît les personnes de son entourage, s'attache aux autres malades de la salle. En novembre son intelligence se réveille rapidement mais elle n'a aucun souvenir de son entrée à l'asile, elle ne souvient que de ce qui s'est passé deux ou trois jours auparavant. En décembre on peut la considérer comme revenue à son état normal.

Depuis cette époque la guérison s'est maintenue : la malade qui est certainement un peu débile se montre turbulente et inattentive, mais en somme ne présente aucun trouble mental véritable.

Cette observation répond bien au type clinique : confusion mentale aiguë, et le cas ne fut pas sans présenter quelques difficultés de diagnostic surtout au début. Tout d'abord la confusion mentale est relativement rare à un âge aussi peu avancé. Il était, de plus, fort difficile à ce moment de démêler si l'on avait affaire à une psychose post-épileptique car, d'une part d'après les renseignements l'enfant aurait eu des crises convulsives pendant les premiers jours, d'autre part ses mouvements automatiques et son état d'inconscience rappelaient beaucoup ceux de l'épileptique après l'attaque. Mais la marche de maladie permit rapidement d'affirmer le diagnostic exact et la guérison qui se maintient depuis 2 ans, sans aucun accident mental vient le confirmer. Il est à remarquer qu'il n'y a pas à établir ici de rapport entre les accidents observés et l'établissement de la puberté : depuis la gué-

raison l'enfant s'est bien développée et les règles ne sont pas encore apparues.

On avait affaire ici à une confusion mentale aiguë idio-pathique. Dans d'autres cas, chez l'enfant comme chez l'adulte la confusion mentale peut n'être que le symptôme d'une autre affection. Par exemple, dans le même travail, est cité un cas de confusion mentale aiguë symptomatique d'une méningite tuberculeuse à marche rapide. Ce début de méningite tuberculeuse par des symptômes mentaux, décrit par Chantemesse chez l'adulte, se retrouve donc, rarement il est vrai, chez l'enfant. La malade en question âgée de 13 ans et qui n'avait jusque-là présenté aucune espèce de symptôme morbide fut prise d'état de confusion mentale accompagné de fièvre ; l'affection fut considérée, dans le service de médecine où elle avait été admise, comme un de ces délires d'emblée qui se développent à la suite de maladies infectieuses chez les dégénérés. Peu après son entrée à l'asile les symptômes de méningite devinrent manifestes et entraînèrent rapidement la mort. Il est remarquable que, malgré la marche relativement rapide de la maladie, le diagnostic non seulement ne fut pas posé au début mais que l'idée ne vint pas que ce pût être une méningite tuberculeuse. Si bien qu'on pourrait presque se demander si la granulie trouvée à l'autopsie ne fut pas une complication terminale d'une confusion mentale aiguë.

OBSERVATION X

(Communiquée par M. Trenel).

CONFUSION MENTALE SYMPTOMATIQUE d'une méningite tuberculeuse chez un enfant de 13 ans. Incohérence subite avec confusion dans les idées. Sub-agitation sans signes physiques. Puis dépression avec dilatation pupillaire. État stuporeux. Paralysies. Coma terminal. Durée 6 semaines.

Al... El'se, 13 ans, entrée à l'hôpital Trousseau le 4 décembre, à l'asile Sainte-Anne le 18 décembre, à l'asile de Villejuif le 28 décembre 1893 morte le 12 janvier 1894.

Antécédents. — Mère morte à la Salpêtrière il y a 8 ans à l'âge de 34 ans; elle était alcoolique et hystérique; le père qui était alcoolique est mort il y a un an; une sœur un peu plus jeune qu'elle est placée à l'orphelinat, deux frères sont bien portants.

Les collatéraux ne sont pas connus. L'enfant n'était pas d'une intelligence bien vive quoique cependant elle ait pu suivre les classes. Il y a un mois son caractère a changé complètement; jusque-là douce et obéissante elle devint indocile et on s'aperçut de son changement de caractère parce qu'elle refusa le matin de se lever pour aller à la messe.

Elle se mit à prononcer des paroles incohérentes, à se lever la nuit et à manger tout ce qui lui tombait sous la main. Deux jours après le début de l'affection elle est envoyée à l'hôpital Trousseau où elle entre le 4 décembre. Son observation durant le séjour qu'elle y fit m'a été communiquée par mon regretté ami Péron alors interne de M. Sevestre.

A son entrée à l'hôpital l'enfant paraissait être tout à fait confuse et un peu abattu :

Température.

Décembre	Matin	Soir
5	37°,6	40°
6	37°,5	39°,2
7	37°	39°
8	37°	38°,3
9	37°,4	38°,3
10	37°	38°,4
11	37°	37°,6
12	37°	37°,6
13	37°,4	37°,5
14	37°	37°,6
15	37°,5	37°,4
16	37°,4	38°,4
17	37°	38°
18	37°,3	38°,5

Le lendemain soir de son entrée la température fut de 40° pour descendre progressivement par de grandes oscillations allant de 37° à 39° puis de 37 à 38° pendant la première semaine ; puis pendant 4 ou 5 jours suivants la température oscille autour de la normale pour présenter pendant les derniers jours de son passage à l'hôpital quelques oscillations entre 37.5 et 38.5.

Cette nouvelle élévation brusque de la température fut attribuée à une alimentation trop abondante donnée d'une façon intempestive. Pendant les premiers jours que durèrent ces variations, l'enfant parut un peu abattu sans présenter aucun symptôme physique notable ; en particulier elle n'eut ni vomissements, ni constipation, ni céphalalgie. Elle reprit bonne mine, et une fois la fièvre tombée elle n'avait nullement l'air d'être gravement atteinte. Elle-même ne paraissait pas se sentir malade et quand on l'examinait elle disait : « Laissez-moi, je vais bien ». Toutefois elle se montrait un peu agitée, chantant tou-

tes sortes de choses, récitant des fables et surtout des prières et des psaumes. Elle avait l'air tout à fait absent, cependant elle apprit de ses voisins des chansons qu'elle ne connaissait pas. Au milieu de son bavardage elle s'arrêtait brusquement en disant : « Au nom du père, du fils et du Saint-Esprit ». Elle se levait sans cesse de son lit, voulait entrer dans celui des autres, malades, volait ce qui appartenait à ses voisines, cherchait à prendre ce qui se trouvait sur le chariot à pansements attirée particulièrement par les objets brillants, si bien qu'on fut obligé de tenir tout sous clés par crainte d'accidents.

Le diagnostic porté fut : grippe avec délire chez une petite débile ; le pronostic ne fut pas considéré comme très grave et on ne pensa à aucun moment à une méningite tuberculeuse. Ce fut seulement en raison de la surveillance nécessaire que la malade fut envoyée à l'asile Saint-Anne. Pendant les 10 jours qu'elle y séjourna son état paraît être resté le même. Le certificat de M. Magnan portait « débilité mentale avec turbulence par intervalles ».

Le 28 décembre. — A son arrivée à l'asile de Villejuif, dans le service de M. Briand, l'enfant se montre turbulente, va, vient, se promène d'un air égaré mais sans paraître hallucinée ou bien se couche à terre dans un coin. Ses propos sont parfaitement incohérents, « j'ai chaud, j'ai froid, etc.... » elle se refuse à tout examen suivi ; le sommeil et l'appétit sont bons ; pas de troubles digestifs, pas de troubles de la sensibilité. Les pupilles sont largement dilatées ce qui n'avait pas été remarqué à l'hôpital ; on ne note pas de stigmates physiques.

Brusquement le 1^{er} janvier l'enfant, que jusque-là on ne pouvait garder au lit, paraît très affaissée ; elle se cache dans son lit, refuse de se laisser examiner disant « Je veux mourir, laisse

moi ». La langue est blanche, il n'y a pas de diarrhée ni de constipation pas de douleur abdominale, pas de tache rosées, la rate paraît un peu augmentée de volume. Rien à noter à l'auscultation du cœur et des poumons. L'enfant ne se plaint de rien seulement elle se refuse à l'examen.

Le surlendemain, 3 janvier, même état ; on note une desquamation à petites plaques des mains et surtout des pieds sans caractère spécial ; le pouls est rapide, les pupilles restent dilatées. L'état demeure absolument stationnaire les jours suivants : l'examen physique reste toujours aussi négatif, la malade est somnolente et se montre toujours aussi rebelle à l'examen.

Le 8 janvier. — Elle semble un peu moins endormie et répond aux premières questions faciles qu'on lui pose ; sur interrogatoire elle déclare qu'elle a mal à la tête sans qu'elle s'en soit plaint cependant spontanément. Puis elle me tourne le dos et refuse absolument de répondre. Les pupilles sont très largement dilatées et réagissent peu à la lumière. Les réflexes tendineux sont forts, la sensibilité à la douleur existe sans être exagérée.

Le 10 janvier. — On constate pour la première fois du strabisme passager. La malade est tombée tout à fait dans l'adynamie. Ce n'est qu'à ce moment qu'elle a bien l'aspect de la méningite tuberculeuse. La respiration est un peu rapide avec sibilances disséminées.

Le 11. — Apparaît une hémiparésie droite accentuée surtout au niveau du bras ; il existe une raideur marquée du dos et de la nuque. Les membres du côté droit présentent une certaine raideur dans les mouvements passifs ; le réflexe rotulien droit est exagéré par rapport au gauche, les réflexes plantaires sont conservés (rétraction du membre). Les pupilles sont très dilatées, égales et immobiles ; l'examen des urines est resté négatif.

tif. Pas de vomissements, pas de diarrhée, pas de céphalalgie appréciable, pas de cris. Mort dans le coma le 12 janvier 1894.

Autopsie. — Le cerveau est volumineux, les méninges sont congestionnées; la pie-mère happe quand on la décortique et entraîne çà et là quelques débris de substance corticale. Autour des vaisseaux, traînées de sérosité gélatineuse et jaunâtre. Méningite tuberculeuse typique de la base; des granulations sont surtout abondantes au niveau de la pie-mère qui recouvre l'insula. La substance corticale est pâle, très molle, surtout au niveau du lobe occipital gauche où elle est presque diffluente.

Pas de lésions en foyer; hydropisie ventriculaire à liquide louche contenant des grumeaux.

Granulations miliaires des plexus choroïdes, méningite rachidienne avec granulations confluentes au niveau de la région dorsale moyenne.

Tuberculose miliaire des poumons, de la rate, du foie, des reins et du péritoine; péricapsulite avec larges adhérences péritonéales à ce niveau.

Des difficultés de diagnostic très grandes ont été rencontrées dans une autre observation et disons-le immédiatement l'absence d'autopsie ne nous a pas permis d'éclaircir nos doutes.

Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans, débile, peut-être hystérique qui après un premier accès hallucinatoire survenu 18 mois auparavant et paraissant avoir ressemblé à l'accès actuel présenta un état de confusion hallucinatoire avec agitation considérable; elle mourut 17 jours après son entrée à l'asile.

Dès son arrivée, en raison de la difficulté qu'on avait

éprouvée chez ses parents à la nourrir par suite de sa résistance (dont témoignaient de nombreuses ecchymoses), elle donnait l'impression d'être dans un état grave. L'examen physique restait à peu près négatif; seuls la rétraction abdominale, la rapidité du pouls, un léger strabisme convergent tout à fait passager permirent dès ce moment de songer à la possibilité d'une méningite tuberculeuse, mais le trépied méningitique n'existait pas. Le peu d'élévation de température (rectale) qui ne dépassait jamais 38.3 permettait d'éliminer le délire aigu. Ce qu'il y avait de plus manifeste c'était l'état de confusion complète et d'agitation persistante. L'absence de fièvre paraissait si paradoxale, en raison de cet état physique qui rappelait la forme ataxo-adynamique de la fièvre typhoïde ou du délire aigu, que la température rectale fut régulièrement prise matin et soir par le médecin personnellement sans qu'elle ne dépassât jamais 38.3. Comment caractériser cette observation? dans quel cadre la placer? Le cas paraît bien répondre aux *états d'épuisement* si bien décrits en particulier par Kræpelin.

On peut se demander si on n'a pas eu simplement affaire à une malade entrée dans un tel état d'inanition que sa guérison était dès lors impossible à espérer. On sait en effet que quand l'inanition a été poussée trop loin les malades ne peuvent se remonter. Ici, l'inanition supposée était évidemment due à ce fait que la malade avait été gardée trop longtemps dans sa famille impuissante à vaincre sa résistance à tout essai d'alimentation. Autant qu'on en peut juger la maladie elle-même pourrait être diagnostiquée confusion hallucinatoire aiguë (récidivante?)

chez une jeune débile. Un doute persiste au point de vue de méningite tuberculeuse et c'est à titre comparatif que cette observation est donnée à la suite de la précédente, toutes réserves étant faites à ceux de son imperfection. Dans les cas de ce genre l'examen du fond de l'œil, qui n'est pas toujours facile chez de tels malades et qui devrait cependant être fait chez tous les aliénés indistinctement, pourrait peut-être, en faisant reconnaître les tubercules choroïdiens, permettre de préciser le diagnostic.

OBSERVATION XI

CONFUSION MENTALE AIGUE. Hérité. Stigmates physiques. Faiblesse mentale. 1^{er} accès dépressif avec accidents hystériformes à 19 ans. Accentuation de la faiblesse mentale. Nouvelle crise délirante à 21 ans. Etat de confusion mentale et d'épuisement physique. Mort en 17 jours.

Sa... Jeanne, née le 16 février 1878 ; entrée le 15 février, décédée le 2 mars 1899.

Son père paraît assez débile ; une grand'tante a été internée à l'asile. L'intelligence de cette malade paraît avoir toujours été au-dessous de la moyenne. En novembre 97 elle aurait eu des attaques hystériformes s'accompagnant d'hallucinations, d'état de dépression : la malade après être restée 6 mois dans cette situation se rétablit assez bien. Depuis cette époque elle reste dans sa famille, s'occupant un peu aux travaux intérieurs de la maison, mais elle est incapable de toute tâche un peu compliquée.

Depuis le 10 février 1899, après une courte période de dépression elle est prise de délire avec agitation et hallucinations sen-

sorielles, elle se livre à des conversations avec des êtres imaginaires. Le certificat d'entrée de M. le docteur Giraud porte que S..... présente un état général de trouble et d'excitation, elle cause sans cesse, prononce des paroles incohérentes, se montre très désordonnée.

La malade a un aspect infantile, son menton est fuyant. Elle se trouve en état ataxo-adynamique; elle présente une agitation motrice considérable : les membres et la tête sont projetés de tous côtés d'une façon incoordonnée et sans un instant de repos.

La malade a de la logorrhée incompréhensible et incessante ; par instants elle répète en écho les derniers mots d'une phrase prononcée devant elle. Ses traits ont un aspect sarcastique, les lèvres sont entr'ouvertes, fuligineuses, ainsi que les dents. La langue est sèche et on est obligé d'insister vivement pour que la malade la sorte de la bouche ce qu'elle ne fait qu'incomplètement. L'examen des pupilles est difficile; la malade ferme obstinément les yeux, cependant on peut voir qu'elles sont à demi dilatées. Par instants on constate un léger strabisme convergent.

Tous les réflexes sont vifs, la sensibilité paraît augmentée, l'abdomen est rétracté et douloureux à la pression ; la peau est sèche, le pouls est petit à 140. La respiration est irrégulière et accélérée : l'auscultation ne révèle rien d'anormal. La malade urine et va bien à la selle ; mais elle ne veut pas boire. La température rectale est de 38.3 le 20 février. Le 22 elle est de 38 ; la respiration est lente, l'état est stationnaire. La malade fait le geste de saisir sa tête et paraît avoir des hallucinations. On observe de légères secousses des releveurs des lèvres surtout à gauche ; elle en a aussi parfois, dit l'infirmière, dans le reste du visage, mais nous ne l'avons pas constaté personnellement.

Le 25 février. — La température est de 38°; la langue est sèche et blanche; les réflexes sont forts, la sensibilité semble normale. Les pupilles sont égales, le pouls à 120 est très petit. La malade est absolument inconsciente.

Le 1^{er} mars. — On observe de l'inégalité pupillaire: la pupille gauche est plus dilatée que la droite et est irrégulière. Même état général.

Le 2. — La température est de 37.7, le pouls petit à 112, rien au cœur. La malade est un peu plus éveillée; elle montre sa langue, sait que son père est venu; elle l'a reconnu. Les réflexes rotuliens sont faibles, l'amaigrissement est énorme; on constate une ulcération de la cornée à droite. La malade meurt dans la journée, son autopsie n'a pu être faite.

Pour en revenir à la confusion mentale idiopathique, nous ferons ressortir quelques caractères intéressants d'une autre observation. Il s'agit d'une jeune femme chez laquelle l'affection débuta subitement à la suite d'une frayeur et s'accompagna d'une double amnésie: pendant l'accès amnésie partielle d'événements récents, et, la guérison survenue, amnésie complète de l'accès lui-même. Ce dernier symptôme pouvait faire penser à l'hystérie mais tout stigmate de la névrose manquait absolument. Nous ferons seulement remarquer que dans la confusion mentale les malades ont bien une perte des souvenirs mais ceci est dû à l'état même dans lequel ils se trouvent et nous ne sachons pas que l'amnésie rétrograde ait été souvent notée.

OBSERVATION XXII

CONFUSION MENTALE PRIMITIVE survenant en état de bonne santé physique à la suite d'une terreur. **Hallucinations.** Perte de **souvenir** des événements antérieurs (mariage) pendant la crise. **Amnésie** de la crise elle-même au moment de la convalescence. **absence de stigmates historiques.**

M..., née Lec..., née le 21 août 1877, entrée en juin 1897, sortie en juin 1898.

Mag..., a reçu une bonne instruction primaire.

L'affection a débuté en mai 1897 à la suite d'une vive frayeur ; sortie de chez elle dans un état tout à fait normal elle rencontra sur son chemin un individu qui l'effraya à un tel point qu'elle rentra chez elle tout à fait désorientée ; depuis, les symptômes ne firent qu'empirer. La malade se mit à parler avec volubilité d'une façon incohérente, prétendant que son mari voulait la tuer avec son fusil, eut des hallucinations de la vue voyant des gens qui lui voulaient du mal ; elle se mit à frapper les personnes de son entourage.

Les certificats de M. le Dr Giraud constatent que M..., est remuante, désordonnée, a des hallucinations de l'ouïe et des idées de persécution ; qu'elle est affectée de manie.

La malade n'a pas de stigmates physiques bien notables sauf une légère asymétrie faciale et un faux trait du regard ; elle ne présente pas de trouble de la sensibilité. Elle a une dilatation pupillaire énorme et le pouls accéléré. Elle répond difficilement et d'une façon brusque aux questions qu'on lui pose ; ses idées sont confuses et elle ne se rend nullement compte de l'endroit où elle se trouve, ni de ce qui se passe autour d'elle. Elle ne reconnaît pas son mari qui vient la voir. Pendant toute cette

période maniaque elle dit qu'elle s'appelle Mlle L..., qu'elle n'est pas mariée, qu'avant d'entrer à l'asile elle était chez sa mère ; qu'elle y travaillait ; qu'elle connaît bien M. M... qui est employé de chemin de fer mais qu'elle n'a aucun lien avec lui.

Elle reçoit mal son mari mais accueille bien sa mère. Son accès maniaque cesse au mois d'avril 1898 ; jusqu'à cette époque elle reste très agitée parfois même violente. En avril survient un changement brusque ; la malade devient calme après une légère période de dépression. Elle répond aux questions qu'on lui pose, elle s'oriente, se rend compte de sa situation actuelle mais a une amnésie complète de sa période d'agitation. La malade ne se souvient plus de son entrée à l'asile mais reconnaît bien qu'elle est mariée ; elle reçoit avec plaisir la visite de son mari. Elle n'a pas de stigmates hystériques ; son intelligence n'a pas subi d'altération. La malade sort guérie.

A côté de la confusion mentale aiguë il y aurait peut-être lieu de placer des cas d'affection mentale aiguë, rapide, mortelle que l'on est d'accord pour désigner du nom de *délire aigu*, sans cependant qu'on soit fixé sur la nature exacte des affections englobées sous ce titre. A en juger par les différentes hypothèses émises sur le délire aigu, il est à penser que l'on a affaire à un syndrome commun à plusieurs maladies.

Il est probable que dans certains cas le délire aigu est dû à quelque affection banale à marche suraiguë, dans d'autres cas à des auto-intoxications par lésions hépatiques (ictère grave sans ictère?) ; peut-être aussi y a-t-il un délire aigu idiopathique, ce qui serait encore à établir.

Enfin certains délires aigus ne représenteraient que la forme aiguë de certaines affections mentales. Kræpelin, par exemple, n'a-t-il pas avancé que parfois ce syndrome appartiendrait à la paralysie générale aiguë.

Jusqu'à nouvel ordre, la ressemblance que le délire aigu peut offrir avec la confusion mentale autorise, sinon à réunir du moins à rapprocher les deux maladies. Aussi bien n'est-il pas vraisemblable que le délire aigu puisse être une forme suraiguë, grave, fatale même de la confusion mentale et sa place dans la classification reste aussi mal déterminée que celle de cette dernière affection.

Mais pour nous borner à notre sujet, le délire aigu se rencontre-t-il d'une façon précoce ; la chose est évidemment possible théoriquement, mais nous ne sachons pas qu'il en ait été noté d'observation à un âge bien jeune. Peut-être cependant le reconnaîtra-t-on plus tard dans certains états typhoïdes ataxo-adiynamiques à marche rapide que l'on rencontre éventuellement chez l'enfant.

Parmi les délires aigus observés à l'asile Saint-Yon, deux cas appartiennent à des individus jeunes ; une de nos malades est âgée de 20 ans, l'autre de 25. La première de ces observations est un témoignage de la difficulté que l'on éprouvera dans l'appréciation des faits de ce genre, en raison de la marche même de la maladie et des lésions trouvées à l'autopsie. Malgré une température élevée, cette malade, presque jusqu'au dernier jour, ne donnait jamais au premier abord l'impression d'être dans un état grave. Elle était surtout curieuse à observer à

cause de son instabilité permanente et de ses gesticulations incessantes.

OBSERVATION XIII

Communiquée par M. Trénel.

DÉLIRE AIGU. Premier accès d'agitation 3 semaines avant son entrée. Deuxième accès d'agitation. Entrée à Saint-Yon. Fièvre. Instabilité constante. Raie méningitique. Pas de diarrhée. Pas de dysphagie. Embryocardie. Décès. Autopsie.

S..., Philomène, née le 26 novembre 1879, entrée le 30 juillet, décédée le 9 août 1899.

Cette malade a reçu une bonne instruction primaire. Elle eut la fièvre typhoïde à l'âge de 10 ans.

L'affection a débuté il y a 3 semaines brusquement la nuit : la malade s'est levée de son lit, se mit à parcourir la maison en criant. Le lendemain elle reprit son travail tout en ne revenant pas à son état naturel. Huit jours avant son entrée à Saint-Yon elle est reprise d'un nouvel accès nocturne ; ses patrons la renvoient chez ses parents où elle continue à se montrer désordonnée ; la malade crie, ne dort pas, tient des propos incohérents, brise tout ce qui lui tombe sous la main. Elle parle d'un voyageur de commerce à qui elle en veut ; croyant même le tenir elle frappe son traversin.

Le certificat d'entrée de M. le Dr Giraud dit : S... présente un état habituel de trouble et d'excitation ; elle se montre remuante, désordonnée s'agite sur son lit, ne répond pas aux questions qu'on lui adresse. Elle crie et ne paraît pas avoir conscience du lieu où elle se trouve ; elle présente sur le corps

des ecchymoses qui paraissent avoir été occasionnées par des coups qu'elle s'est donnée elle-même.

Il n'y a pas d'inégalité papillaire ni de rétraction du ventre, ni de diarrhée. Elle est atteinte de manie.

Température :

Dates	juil. 31	août 1	2	3	4	5	6	7	8
Matin.	38°4	38°8	39°2	39°6	39°8	39°7	39°2	39°7	38°3
Soir..	39°2	39°	39°5	39°	38°	39°2	39°1	38°5	39°2

La malade est bien développée, robuste ; son corps est couvert de petites ecchymoses et d'écorchures. Son crâne est petit sans malformations spéciales ; les oreilles sont larges, le nez est déprimé à la base, les dents supérieures sont légèrement crénelées, les inférieures un peu en biseau ; léger prognathisme inférieur. La malade est très instable mais sans que ses gestulations aient rien de choréiforme. Elle se tourne et retourne sur son lit sans une parole, elle ôte ses vêtements, fait des grimaces. Elle passe sa main dans les cheveux, se gratte, relève ses manches, s'agenouille sur son lit, se lève, rit bêtement, se roule sur le dos et le ventre, crache dans ses mains et s'en lisse les cheveux.

Le pouls à 108 est dur ; le réflexe rotulien est normal, le réflexe plantaire donne comme réaction la flexion des orteils ; la sensibilité est conservée. La race méningitique apparaît instantanément rouge bordée de blanc ; elle dure cinq minutes et laisse une traînée blanche. Les bruits du cœur sont métalliques.

Lorsqu'on l'interroge la malade ne répond que par monosyllabes ne fait nulle attention aux questions qu'elle ne paraît

même pas entendre, on ne peut avoir avec elle de conversation suivie.

Le 3 août. — La malade continue ses gesticulations incohérentes. Elle croit se trouver à Lillebonne mais pas à l'hôpital. Elle parle davantage, ses propos sont encore confus et incohérents cependant elle ne présente pas de logorrhée. La langue est humide et blanche, le réflexe abdominal est très marqué ; la raie méningitique dure encore 3 minutes. La malade n'a pas de dysphagie ; le pouls est à 100 très fort et dicrote, les bruits du cœur sont toujours fortement frappés. Pour se faire obéir on est obligé de répéter plusieurs fois le même ordre à la malade. L'examen des urines décèle la présence de 25 centigrammes d'albumine et de 5 grammes de sucre.

Le 4 août. — La malade est dans le même état, toujours très remuante. Elle se plaint de n'avoir pas dormi, d'être fatiguée, d'avoir mal aux dents ; elle répond mal aux questions qui paraissent l'ennuyer ; elle ne sait pas où elle est. Le pouls à 112 reste dicrote, la face est rosée, la langue blanche ; pas de carphologie. Lotions froides.

Le 5 août. — Le pouls est à 130 ; la langue est sèche et blanche, les pupilles sont un peu irrégulières ; la malade est dans le même état. Son instabilité persiste les jours suivants, la langue reste blanche et sèche, le pouls s'accélère : le 7 il est à 160 et le 8 il devient incomptable ; les gesticulations sont permanentes.

Malgré tous ces symptômes la malade garde un visage rose et n'a pas l'aspect des malades en état ataxo-adyynamique. Elle ne fait pas à première vue l'impression d'être dans un état grave ; cependant les deux derniers jours les yeux s'excellent

le pouls s'accélère de plus en plus et le dernier jour il y a de l'embryocardie. Mort le 9 au matin.

A l'autopsie on observe de la congestion cérébrale, un piqueté de la substance grise ; le cerveau pèse 1055 grammes. Le liquide cérébral est rougeâtre, celui de la moelle est un peu louche. La substance cérébrale est légèrement molle, les méninges happent un peu. Œdème des sommets pulmonaires congestion hypostatique de leurs bases. Les reins pesant 100 grammes sont un peu petits tout à fait pâles et se décortiquent bien. La rate petite et très ferme pèse 46 grammes ; le foie pèse 850 grammes est de teinte jaunâtre avec des plaques superficielles jaune clair ; la vésicule biliaire n'est pas dilatée la bile est noirâtre. Dans l'intestin les plaques de Peyers sont saillantes ; l'une d'elles est congestionnée mais non ulcérée.

OBSERVATION XIV

Communiquée par M. Trénel.

DÉLIRE AIGU. Hérité chargé. Frère mort aliéné. Syphilis. héréditaire probable. Imbécillité. Viol. Gonorrhée. Agitation subite. État ataxo-adyynamique. Température peu élevée. Parotidite, Mort. Autopsie.

C..., Alexandrine née le 12 octobre 1873, entrée le 6 juillet morte le 12 juillet 1899.

Les membres de sa famille du côté paternel et maternel sont donnés comme peu intelligents. Son père qui l'amène à l'asile a un faciès d'imbécile et paraît très borné. La mère a eu cinq enfants.

1° Un enfant macéré de 7 mois.

2° La malade dont nous nous occupons.

3° Un enfant mort à 3 semaines de scorbut chancreux selon l'expression du père ; autant qu'on peut en juger cela veut dire syphilis congénitale.

4° Un fils imbécile mort à l'asile de Quatre Mares d'accidents mentaux aigus.

5° Un fils qui fait actuellement son service militaire et qui serait intelligent.

Une tante paternelle est bizarre presque idiote.

Alexandrine C... a le faciès de l'imbécile : la face est très asymétrique, le crâne mal formé, le nez effondré, les dents mal rangées irrégulières et usées. Elle est d'une laideur presque repoussante telle qu'elle inspire une véritable frayeur aux autres malades. Elle n'a jamais eu de maladies antérieures, elle a été menstruée régulièrement à 16 ans. Elle est sobre. Elle n'a jamais pu rien apprendre à l'école : elle était inoffensive mais incapable d'aucun travail.

En mars dernier un voisin l'a attirée chez lui et a abusé d'elle à plusieurs reprises. A la suite de ces tentatives la malade est restée souffrante 3 ou 4 jours. Depuis cette époque la menstruation serait devenue un peu irrégulière et surviendrait toutes les 3 semaines. La malade paraît en tous cas être restée mal portante depuis quelque temps. Il y a 8 jours elle a été prise subitement d'agitation, elle se mit à danser, à crier, à dire des incohérences au milieu desquelles on saisit des injures à l'adresse de l'individu en question appelé M..., à frapper son entourage. Elle est tout à fait désordonnée s'enfuit chez les voisins ; elle mange et dort à peine.

A son arrivée à l'asile le 6 juillet elle est dans un état d'agitation indescriptible. Elle paraît absolument inconsciente, elle a le teint plombé, les lèvres et la langue sèches, le pouls

accéléré; elle se livre à une verbigération incessante incompréhensible où reviennent souvent des injures au nommé M... Le pouls est petit et rapide; la pointe du cœur bat en dehors du mamelon; on entend un souffle mitral à maximum en dehors du mamelon et qui est aussi perceptible dans le dos; le premier bruit est claqué assez clangoreux. Les pupilles sont égales les réflexes en persistent bien.

L'abdomen n'est pas douloureux, la rate n'est pas augmentée de volume; il n'y a pas de diarrhée. Rien à noter à l'auscultation des poumons. La poitrine et le cou sont couverts de multiples petites pétéchies (?). La vulve est un peu rouge, l'hymen est conservé. La malade a ses règles; elle gâte et il est impossible de recueillir les urines. Température 38°,4.

Température:

Dates. . . .	6	7	8	9	10	11
Matin		37	37.6	36.8	36.8	39.6
Soir	38.4	38.2	38.2	37.1	38.4	40

Elle reste dans le même état les jours suivants sans un instant de repos, ne dormant pas, ne s'alimentant qu'avec la plus grande difficulté. Les signes cardiaques s'accroissent, des sudamina apparaissent à la poitrine et au cou, le contenu en devient louche, des pétéchies dont la nature était douteuse persistent. La langue, les lèvres, sont tout à fait sèches, le pouls monte à 120; l'incohérence est absolue, la parole incompréhensible; la malade résiste à tous les soins qu'on prend d'elle. La température oscille vers 38. ;

Le 11, apparaît une parotidite double, la température qui avait paru s'abaisser remonte à près de 40 ; la malade meurt le lendemain dans l'ataxo-adynergie.

Autopsie. — Le cerveau est congestionné, les méninges congestionnées happent quand on les décortique. A la coupe il y a un piqueté congestif abondant de la substance cérébrale. L'hémisphère droit pèse 505 grammes, le gauche 560, le bulbe et le cervelet pèsent 160 grammes. Le cœur est mou un peu, pâle, légèrement dilaté. La valvule mitrale présente de l'imbibition sanguine cadavérique, les bords en sont boursoufflés surtout au niveau de la petite valve. Il en est de même pour la tricuspide. L'aorte saine présente aussi de l'imbibition sanguine. Les poumons sont congestionnés, un segment en surnage dans l'eau. Le foie pèse 1150 grammes ; il a une teinte pâle uniforme, en certains points des zones de congestion dessinent les lobules. A sa surface existent de larges et profondes zones de teinte jaune clair.

La rate ferme pèse 110 grammes ; les reins pèsent respectivement 100 et 105 grammes ; la substance corticale en est pâle avec stries vascularisées, la substance pyramidale a une teinte normale. La décortication de la capsule entraîne un peu de parenchyme ; il n'y a pas de pus dans les bassinets. L'estomac est congestionné surtout du côté de la grosse tubérosité qui contient un peu de liquide brunâtre. L'intestin est congestionné, il contient deux lombrics. La vessie rétractée derrière le pubis contient quelques centimètres cubes d'urine très louche. La pression de l'urèthre fait sourdre un peu de pus. L'hymen est bilobé avec un lobe postérieur flottant ; la défloration ne peut être affirmée. La muqueuse vaginale n'est pas particulièrement rouge. L'utérus est légèrement en antiflexion, sa cavité

contient un peu de liquide sangainolent, la surface en est tomenteuse et congestionnée ; le muscle est ferme. Les trompes sont congestionnées humectées du même liquide. L'ovaire droit contient un corps jaune récent. La surface péritonéale de l'intestin est brillante les vaisseaux y sont très apparents. Le cul-de-sac péritonéal contient quelques centimètres cubes de liquide rosé.

L'une et l'autre de ces observations représentent bien, au point de vue mental des malades, le type du délire aigu avec son état de confusion, sa loquacité ou logorrhée incompréhensible, le début rapide des accidents, leur grande acuité immédiate etc... Au point de vue des signes physiques, l'aspect de la malade était bien plus caractéristique chez la seconde que chez la première et c'est cependant chez celle-ci que la température fut très élevée dès le 1^{er} jour. Comme nous le remarquons tout à l'heure il y avait une opposition curieuse entre cette fièvre continue et le faciès de la malade. La seconde au contraire, malgré une élévation tout à fait modérée de la température, avait le teint plombé et faisait au premier abord l'impression d'être sous le coup d'une infection grave ; on ne doit rattacher chez elle l'élévation terminale de la température qu'à la parotidite, accident final dû évidemment à une infection secondaire d'origine buccale.

Un autre point à faire ressortir, c'est le mode différent de l'agitation chez l'une et chez l'autre malade. Chez C..., c'est bien l'état ataxo-adynamique type ; chez S..., il y a de grandes gesticulations, une instabilité qu'on ne peut

appeler choréiforme mais ces mouvements ont un caractère d'irrégularité tout à fait particulier ; ils ne sont pas incoercibles, mais se reproduisent sitôt qu'on abandonne la malade à elle-même.

L'étude anatomo-pathologique de ces deux cas est trop incomplète actuellement pour pouvoir être utilisée ici. Seule l'étude bactériologique qui n'a pu être pratiquée dans les conditions de rigueur indispensable permettrait de se faire une idée sur la nature de semblables accidents. Nous devons noter que l'examen du pus urétral décélait chez C..., outre l'existence de gonocoques assez peu abondants diverses autres formes microbiennes. On peut se demander quel a été le rôle de l'infection gonococcique dans la genèse des accidents. Pour S..., le point important est la diminution de volume et la pâle coloration du foie, sans qu'on puisse affirmer macroscopiquement qu'il s'agisse d'atrophie aiguë. Chez cette malade on pouvait se demander un instant si l'on n'avait pas affaire à une fièvre typhoïde mais indépendamment des autres signes la rate, manifestement, n'était pas augmentée de volume (fait vérifié à l'autopsie) et la malade avait eu antérieurement la fièvre typhoïde ; cependant on trouva à l'examen de l'intestin une certaine congestion d'une seule plaque de Peyer. Mais nous n'insisterons pas sur cet examen anatomique qui devra être complété pour nous attacher à l'appréciation des faits cliniques. On ne saurait être trop frappé des différences que nous avons constatées dans les symptômes physiques chez nos deux malades, différences qui rendent peut-être un peu artificiel leur rapprochement. Mais nous avons voulu donner

ces deux faits comme complément de notre courte étude des maladies mentales aiguës chez des individus jeunes, sans préjuger aucunement ni de leur nature ni même de la dénomination qu'on devrait leur appliquer.

CHAPITRE III

Folie périodique.

La folie périodique peut-elle apparaître dans le jeune âge ?

Nous touchons ici à une des questions les plus controversées de la médecine mentale ; à son sujet les opinions de certains aliénistes sont diamétralement opposées. Et c'est par la façon dont est comprise la folie périodique par les différentes écoles que se manifestent de la façon la plus éclatante les conceptions si différentes qu'elles ont de la dégénérescence mentale.

Dans sa communication sur la folie intermittente M. Magnan considère les fous intermittents au point de vue étiologique comme venant s'intercaler entre les dégénérés et les délirants systématisés. Il admet une influence active de l'hérédité comme « créant une prédisposition qui, « latente pendant longtemps, n'en fait pas moins sentir « plus tard son intervention énergique par le développe-
« ment de toutes pièces et la reproduction, souvent sans

1. *Communication au congrès international de médecine, 1889.*

Recherches sur les centres nerveux, 1893.

Leçons cliniques sur les maladies mentales, p. 202.

« cause déterminante aucune, d'accès parfois d'une intensité et d'une soudaineté étonnantes ». Mais il admet d'autre part que la véritable folie intermittente est celle qui se développe « chez les sujets de 25 à 35 ans jusqu'à là sains d'esprit » *ce qui écarte les héréditaires* et il place dans sa classification la folie intermittente sur le même rang et à la suite de la manie, la mélancolie et le délire chronique qu'il oppose en bloc à la folie des dégénérés.

Toute autre est l'opinion des aliénistes allemands plus particulièrement de Krafft-Ebing et de Schüle ainsi que d'ailleurs Magnan ne manque pas de le faire ressortir. Pour eux en effet, pour Krafft-Ebing en particulier, la folie périodique est une psychose de dégénérescence et l'on peut dire qu'il considère la périodicité en elle-même comme fonction de dégénérescence. Il semble bien, comme l'a montré Magnan, que les auteurs allemands confondent peut-être un peu trop des choses bien diverses. Mettre la dipsomanie (*Folie périodique, à forme d'instincts morbides* von Krafft-Ebing), la folie intermittente les psychoses menstruelles sous une seule et même rubrique comme le fait Krafft-Ebing c'est peut-être aller bien loin et donner à la notion de périodicité une extensivité un peu trop grande.

Kräpelin place la folie périodique dans le grand groupe des folies dues à une prédisposition morbide, dans le sous-groupe des folies constitutionnelles à côté de la paranoïa. Mais il remarque que dans la folie circulaire le premier accès a lieu dans 80 0/0 des cas avant la 25^{me} année. Dans l'autre forme de folie périodique (folie pé-

riodique dépressive) le début se fait entre 20 et 30 ans le plus souvent. De plus il existe une hérédité morbide dans 80 0/0 des cas. Pour Ziehen la folie circulaire se produit surtout dans le cas d'hérédité très chargée ; il ne donne pas d'indication spéciale au point de vue de l'âge de début.

Suivant les auteurs la folie périodique serait, pour les uns la règle, pour les autres l'exception avant l'âge de 25 ans ; elle est donnée d'autre part comme très rare dans l'enfance. Ces divergences sont dues comme nous l'avons remarqué plus haut à la façon tout à fait différente dont la folie périodique est envisagée. Mais si nous nous reportons à l'ouvrage qui donne le plus grand nombre d'observations de folies périodiques, celui de Ritti (1) nous relevons immédiatement par leur examen la grande fréquence du début précoce. Dans l'observation 1 le début eut lieu à 16 ans ; dans l'obs. 9 (Kirn) à 17 ans ; dans l'obs. 12 (Krafft-Ebing) à 15 ans (douteuse) ; dans l'obs. 14 (Baillarger) à 14 ans ; dans l'obs. 23 (Lunier) à 12 ans ; dans l'obs. 24 (Kirn) à 15 ans ; dans l'obs. 32 (Ball) début à 18 ans ; dans l'observation 41 (Linac) à 19 ans ; dans l'obs. 46 (Esquirol) à 21 ans ; dans l'obs. 57 (Krafft Ebing) à 16 ans ; soit 10 cas sur 63 si l'on prend soin d'en éliminer un certain nombre où l'observation ne fut pas assez prolongée pour qu'on puisse se prononcer à la simple lecture sur la nature périodique de la maladie. Si toutes ces observations ne sont pas probantes il y en a quelques-unes de caractéristiques.

1. *Traité clinique de la folie à double forme.*

A en juger par le nombre d'observations qui ont pu être recueillies à l'asile Saint-Yon depuis 3 ans et en ne tenant compte que des cas absolument indiscutables il semble que le début précoce de la folie périodique soit, nous ne pouvons pas dire la règle, loin de là, mais présente une fréquence relativement grande. Nous pouvons en citer cinq; les âges de début sont : 14 ans, 12 ans, 24 ans, 19 ans, 18 ans.

C'est sur l'observation XV que nous attirerons particulièrement l'attention : elle est en effet absolument caractéristique comme folie intermittente. Si nous n'avons pas assisté personnellement au début de la maladie, nos renseignements suffisamment précis comblent cette lacune. D'autre part les accès ont bien la forme périodique ; leur début quasiment subit, leur répétition sous la même forme identique à elle-même jusque dans ses moindres détails leur terminaison les qualifie suffisamment. La forme même des accès est assez intéressante. Il existe une grande confusion dans les idées, une agitation marquée etc., la perte du souvenir des détails de l'accès et des événements qui s'y sont passés est plus ou moins complète suivant les cas. Mais il est un symptôme sur lequel il y a lieu d'attirer particulièrement l'attention en raison de la rareté même des signes physiques proprement dits dans les affections mentales : nous voulons dire cette *irrégularité du pouls* qui apparaît inmanquablement au début de chaque accès, indiquant ainsi d'une façon précise la participation des centres vaso-moteurs (quels qu'ils soient) au processus morbide. Cette irrégularité disparaît complètement à la fin de l'accès ; elle consiste en systoles avortées

toutes les 10 à 15 pulsations. La malade a d'ailleurs conscience d'avoir alors des palpitations.

Il est même arrivé que des crises de palpitations avec irrégularité du pouls sont apparues plusieurs fois en dehors de tout trouble mental proprement dit ; mais le changement d'allures et de faciès que présente alors la malade permet de considérer ces crises comme représentant des accès intermittents frustrés. L'intégrité de l'intelligence dans l'intervalle des accès peut être considérée comme complète. Nous ferons remarquer qu'il n'existe ni hérédité, du moins à notre connaissance, ni stigmates physiques marqués. C'est bien là un cas de folie périodique pure chez une femme valide telle que l'entend Magnan mais avec cette particularité d'un début tout à fait précoce. Remarquons cependant combien ces accès ressemblent aux équivalents psychiques de l'épilepsie mais rien ne permet de songer ici à cette névrose, l'amnésie en particulier n'est pas assez marquée pour qu'on y voie un caractère comitial de l'accès.

OBSERVATION XV

FOLIE INTERMITTENTE. Hérédité nulle. Pas de stigmates. Début à 14 ans après la puberté. Accès durant environ 8 jours à début rapide après une courte période prodromique. Agitation, mutisme, insomnie, agitation nocturne. Accélération et irrégularité du pouls. Retour presque subit à l'état normal. Conscience mais souvenir incomplet des accès. 4 à 6 accès par an. Etat stationnaire depuis le début.

B.. Charlotte, née le 9 mars 1877, entrée en août 1894.

Cette malade ne présente aucune tare héréditaire. L'affec-

tion actuelle a débuté en 1891 (14 ans) après la puberté. B ..., se croit poursuivie par quelqu'un qui lui veut du mal ; les renseignements médicaux nous apprennent qu'à partir de cette date (21 mai 1891) la malade devint très irritable. Elle fut sujette depuis lors 3 ou 4 fois par an à des accès durant environ 9 à 12 jours et qui étaient caractérisées par une grande excitation, une loquacité excessive, des actes et des propos délirants absolument en désaccord avec l'éducation et les habitudes de la malade. Ces accès étaient séparés par des intervalles de parfaite lucidité. La malade entre à Saint-Yon en août 1894 ; elle est à ce moment calme, elle travaille de façon régulière. Elle ne présenta aucun accès jusqu'à sa sortie en décembre 1894.

Elle rentre en juin 1896. Le certificat d'entrée de M. le Dr Giraud constate que B..., présente des alternatives d'excitation avec impulsions violentes et de dépression avec mutisme presque absolu, insomnie, refus d'aliments. Depuis cette époque la malade présente de 2 à 5 accès par an annoncés par un changement de caractère et du visage, par des palpitations et des irrégularités cardiaques ; puis elle s'agite violemment ; cet état durant une huitaine de jours ; la malade ne garde qu'un souvenir très incomplet de ces crises. Elle a d'ailleurs parfaitement conscience de leur venue et essaie de les enrayer.

Dans leur intervalle B..., est parfaitement raisonnable, a bon caractère et travaille de façon régulière.

En l'année 1897, par exemple, on a pu observer 4 accès (avril, mai, septembre, novembre). Ils sont tous absolument semblables comme début, marche, durée, terminaison.

Nous en donnons la description de deux. Un premier a duré environ 6 jours du 20 au 26 juin 1898. Il a été annoncé par de l'insomnie et des palpitations de cœur ; la malade commence à

s'agiter, chante, se promène la nuit. Le cœur et le poulx sont devenus irréguliers : il y a des systoles avortées. Le 20 juin, elle refuse de se laisser examiner, elle reste dans le mutisme le plus absolu, elle va et vient dans le quartier d'un air sournois et préoccupé. A l'auscultation le cœur est trouvé régulier d'abord, puis il devient irrégulier peut être à cause de l'émotion (?) La malade ne dort plus et refuse de manger. Le 21 juin, elle répond assez bien quoique brièvement aux questions, elle veut s'échapper, elle a un aspect érotique, elle marche en se débanchant. Le 22 juin, le cœur est encore irrégulier ; la malade ne dort pas, mange peu et répond grossièrement quand on lui parle. Le 26 juin, l'amélioration est très marquée. Le sommeil est revenu et la malade est calme. Interrogée sur les souvenirs qu'elle a de sa crise, elle déclare qu'elle se rappelle certains moments des examens que le médecin a faits.

Elle dit qu'elle a été auscultée une fois (le nombre en a été plus grand) qu'on lui a pris le poulx aux deux bras (exact). Elle se rappelle avoir dit (exact) que le docteur Gibert était mort (ce qui est faux). Elle l'a dit parce qu'elle se l'était figuré et que « pareilles inventions lui arrivent quand elle est malade ». Elle croyait que M. Gibert avait été appelé en consultation pour elle ; maintenant elle reconnaît la fausseté de son idée. Elle nous dit que pendant ses crises elle a besoin de mouvement et qu'elle ne peut rester au lit. Elle ressent encore des battements du côté droit de la tête et réclame du bromure. Elle est redevenue parfaitement calme et se remet à travailler.

Un autre accès a débuté le 20 août 1893 pour durer 6 jours. Il a débuté par l'insomnie survenant sans cause et sur ce signe la malade sent qu'elle va avoir une crise. Elle cherche à se maîtriser, à résister à une force intérieure qui la pousse et qui la

change complètement ; à ce moment là B... a conscience de tout ce qui se passe, travaille plus activement que d'habitude, reste silencieuse. Puis arrive un instant où elle ne peut plus se retenir. Elle perd le sentiment de ce qui se passe, elle s'agite frappe va et vient impulsivement. Elle reconnaît les personnes mais d'une façon un peu confuse. Après sa crise elle ne se rappelle pas nettement ce que le médecin lui a dit pendant. On pourrait la changer de quartier, elle s'en apercevrait parfaitement mais n'en serait nullement touchée (ce qui ne serait pas à son état normal). Elle n'a pas conscience du jour ni de l'heure elle ne mange pas parce qu'elle n'a pas faim. Cette crise a duré jusqu'au 26 août ; le 28 la malade est calme a grand faim et réclame du bromure (qu'elle refuse au début de chaque accès). La coïncidence des crises et des règles n'a jamais été établie.

En temps ordinaire la malade est douce, calme, raisonnable, avenante et modeste ; son seul défaut est d'être un peu indolente et de travailler sans grande ardeur, nous dit la surveillante, quoique nous ne l'ayons jamais trouvée inoccupée. Dans ses accès elle devient pâle, son visage a un aspect sournois dur et érotique ; elle a quelque chose de raide et de violent dans ses mouvements. Elle répond d'une façon saccadée ou reste dans le mutisme ; elle est tout à fait instable, se déshabille cherche noise aux autres malades, frappe parfois mais sans se livrer à de véritables violences dangereuses elle est plutôt désagréable que nuisible.

Dans l'observation XVI nous ferons remarquer aussi la grande précocité des accidents mais on peut y faire jouer un grand rôle à l'hérédité très chargée de la malade. Ce

qui caractérise ce cas c'est l'existence des idées de suicide tout-à-fait précoce ; la maladie a affecté la forme de folie alternante. La malade est sortie l'année dernière considérée comme guérie mais les nouvelles que nous en avons reçu dernièrement nous la faisaient prévoir comme au début d'un nouvel accès.

OBSERVATION XVI

(Résumée d'après M. Trénel, Normandie médicale 1^{er} janvier 1899).
FOLIE PÉRIODIQUE ayant débuté à l'âge de douze ans avec
impulsion au suicide. **Hérédité** chargée.

R..., née en 1871.

Une sœur et un cousin du côté maternel imbéciles, la mère est hémiplegique. La malade a été un moment destinée à l'enseignement ; elle fait le métier de couturière. A l'âge de 12 ans période de tristesse (avec des idées de suicide) ayant duré trois ou quatre mois. A l'âge de 14 ans rechute (tristesse, idées de suicide) ayant duré deux ou trois mois. A 19 ans nouvel accès à début subit (avec idées de suicide) ayant duré trois mois. A 20 ans nouvel accès de dépression ; depuis les accès se répètent régulièrement, tous les ans durant deux mois et s'accompagnant d'idées de suicide.

Elle entre pour la première fois à Saint-Yon en 1897 au cours d'un accès de mélancolie avec idées de suicide. La malade reste quatre mois déprimée ; elle s'améliore rapidement et sort. Dix mois après elle est ramenée en plein accès ayant débuté par deux courts accès d'agitation suivis d'état de dépression avec idées de suicide.

Chez cette malade les périodes mélancoliques surviennent

presque subitement ; elle est anéantie, incapable d'aucun travail, émet des idées de suicide tout en conservant conscience de ce qui se passe. Le retour à l'état normal est très rapide et la malade garde bien le souvenir de sa période morbide.

Dans l'observation XVII on peut se demander si l'on n'est pas simplement en présence de bouffées délirantes des dégénérés ou de ces crises impulsives qui sont si fréquentes chez ces malades. Mais ici encore l'identité presque absolue des accès que nous avons pu voir de nos yeux permet d'admettre une psychose périodique vraie. Chez cette malade entre autres symptômes l'expression du visage dans les périodes de calme ou d'agitation est changée d'une façon particulièrement frappante.

OBSERVATION XVII

FOLIE PÉRIODIQUE ayant débuté à 23 ans avec impulsions violentes.

J... Gabrielle, née en 1874, entrée en juillet 1898.

Cette malade est d'intelligence moyenne. Au point de vue héréditaire ses parents semblent normaux ; son frère est mort à l'âge de dix-sept ans après avoir présenté quelques accès semblables à ceux dont elle est atteinte. J., fut amenée une première fois à Saint-Yon en juillet 1898. Depuis plusieurs mois elle était devenue très irascible, violente même, brisant tout ce qu'elle pouvait attraper et frappant son entourage. Son état reste le même à l'asile. Tous les quinze jours environ la malade est prise de ces accès qui ne sont cependant pas toujours

semblables comme intensité. Elle se montre plus remuante, son visage d'ordinaire calme change d'impression ; il devient dur et ses yeux sont plus brillants. Puis elle s'agite, brise des carreaux et les assiettes, frappe ses compagnes, crie en courant dans le jardin.

La malade se calme enfin, se remet au travail tout en conservant souvenir de ses crises et de ce qu'elle a fait pendant leur durée. De novembre 1898 à mars 1899 les accès sont moins forts et la malade sort améliorée.

Elle rentre le 14 mai 1899 à la suite d'une crise furieuse au cours de laquelle, sortie dans la rue, un couteau à la main J., blessa un cheval et plusieurs personnes avec cette arme. Elle reste environ trois semaines très excitée, désordonnée, puis se calme. Comme toujours la malade a conscience de sa dernière crise et dit avoir obéi à une force intérieure contre laquelle il lui est impossible de lutter. Depuis sa seconde entrée jusqu'aujourd'hui, J., a eu trois accès d'intensité décroissante.

Le premier au commencement de juillet a débuté après une période prodromique (tristesse, brusquerie, refus de travail) de 8 jours et a été assez violent.

La malade fut prise brusquement le soir, brisa des carreaux et frappa ses compagnes qu'elle effraya fortement. Son visage changea complètement d'expression devint dur, rouge, avec les yeux semblant sortir des orbites. Cet état accompagné d'insomnie a duré une dizaine de jours après lesquels la malade redevint normale. Le second accès est survenu vers le 15 août le troisième vers le 15 septembre mais ils n'ont duré que deux jours environ. J... ne s'y est d'ailleurs pas montrée violente

mais simplement brusque cassant quelques assiettes ou jetant sa serviette au visage de ses voisines.

Dans l'intervalle cette jeune fille est douce se montre serviable fait le ménage ou de petits travaux de couture. Elle est assez mal développée sans présenter de stigmates manifestes.

L'observation XVIII offre ce caractère particulier, qui d'ailleurs paraît être relativement fréquent, d'un début à l'occasion d'un accouchement et de la répétition des accès aux accouchements suivants. Le peu d'étendue de cette observation qui ne porte que sur quatre années ne permet pas d'affirmer la nature périodique de la maladie. Il faudra attendre qu'un nouvel accès survienne en dehors de la cause qui paraît les avoir suscités jusqu'ici pour affirmer indiscutablement le bien fondé du diagnostic. Kræpelin a observé un cas absolument identique (1) où la folie périodique a débuté par trois accès post-puérpéraux.

OBSERVATION XVIII

FOLIE PÉRIODIQUE. 3 accès de manie le premier à l'âge de 19 ans.

L... née le 27 septembre 1876.

Cette malade est entrée la première fois à l'âge de 19 ans pour un accès de manie ayant débuté un mois après son premier accouchement. Elle devint violente, brisait tout ce qu'elle pouvait attraper, accusait son mari de vouloir la tuer, était tout à fait incohérente dans ses actes et ses propos. De juillet jusqu'en

1. *Psychiatrie*, p. 643.

août la malade reste agitée ; elle devint calme d'août à septembre et fait une nouvelle période d'agitation de septembre à décembre 1895. Elle se calme de nouveau, travaille et sort guérie en mars 1896.

Elle est une seconde fois internée en mars 1897 pour un nouvel accès de manie survenue à l'occasion d'un nouvel accouchement ; la malade a pris en haine son mari qu'elle veut frapper, elle est remuante et désordonnée, incohérente dans ses propos. On constate l'existence sur sa tempe droite d'une plaque ayant l'aspect de lupus érythémateux accompagnée d'adénite à propos de laquelle un diagnostic exact ne fut pas fait. L... reste agitée jusqu'en août ; elle se calme progressivement et sort guérie en octobre 1897.

Elle est ramenée une troisième fois en avril 1898 par la police de Rouen qui l'a trouvée errante dans les rues ; on n'a aucun renseignement sur ce qui a pu motiver ce nouvel accès de manie. La malade cause avec volubilité, est désordonnée, se livre à des actes extravagants.

Au cours de cette période d'agitation qui se continue jusqu'en janvier 1899 la malade est restée volontairement alitée pendant quelques jours, restant inerte, refusant de parler, fermant obstinément les yeux, mangeant irrégulièrement, répondant aux questions qu'on lui posait par un rire sardonique. Puis la malade est retombée dans son agitation.

Elle se calme en janvier, elle travaille et sort guérie en juin 1899.

Au cours de son dernier séjour elle a présenté des gommes de la face et de la jambe.

Dans notre dernière observation XIX la manifestation la plus remarquable consiste dans la période finale où se développa de façon insidieuse une sorte d'état de délire aigu à forme plutôt dépressive. Nous devons cependant faire remarquer qu'il faut peut-être faire jouer un certain rôle à la médication employée dans ce cas.

OBSERVATION XIX.

FOLIE PÉRIODIQUE. DÉLIRE AIGU. Premier accès à 18 ans.
Deuxième accès à 25 ans. Alternatives d'agitation et de calme.
Troisième accès à 29 ans. Tentatives de suicide. Délire aigu.
Mort.

J..., Marie, née le 24 janvier 1870.

Cette malade fut soignée dans sa famille à l'âge de 18 ans pour un accès de manie. Elle entra de novembre 1895 à octobre 1896 à l'asile de Clermont : elle était alors agitée, ne dormait pas, chantait et parlait continuellement. A sa sortie de Clermont elle se place domestique jusqu'en février 1897 ; elle fut alors reprise d'un accès d'agitation qui nécessita son entrée à l'hôpital de Dieppe : elle était alors incohérente, refusait de s'alimenter, riait sans cesse et ne dormait pas. Elle est amenée à Saint-Yon le 11 mars 1897. Le certificat d'entrée de M. le docteur Giraud porte que J..., présente un trouble complet des idées, a la physionomie égarée, est comme hébétée ; elle ne répond pas quand on lui adresse la parole et l'on est obligé de l'habiller.

La malade reste un mois tout à fait agitée, incohérente désordonnée et loquace ; en juin elle est bien améliorée, en août l'agitation recommence. A partir de cette époque jusqu'en no-

vembre on observe des alternatives de calme et d'agitation maniaque permettant de porter le diagnostic de folie périodique. La malade sort en décembre transférée à l'asile de Clermont.

Elle en sortit dans des conditions qui nous sont inconnues et se place à nouveau comme domestique.

Jusqu'en juin 1899 rien d'anormal ne se produit ; brusquement à cette époque J... tente de se suicider par submersion. Elle est menée à l'hôpital où elle tente à nouveau de se suicider par strangulation malgré la surveillance dont elle était l'objet. Elle est d'ailleurs dans un état d'agitation extrême. Elle entre à nouveau à Saint-Yon ; le certificat d'entrée de M. le docteur Giraud porte que : J... présente des troubles intellectuels ; elle répond d'un ton bref à toutes les questions, dit qu'elle ne se souvient pas. On ne peut obtenir d'elle aucun renseignement sur les circonstances qui ont motivé son entrée à l'hôpital. Le certificat de quinzaine annonce que la malade entre dans une période de calme et de travail.

Elle ne présente pas de stigmates de dégénérescence ; le 20 juillet nous la trouvons calme mais toujours un peu remuante. Elle répond une façon brève ; elle affirme ne rien se rappeler de ce qu'elle fait pendant ses périodes d'agitation. Elle est prise de temps à autre d'idées noires et voudrait mourir car elle se rend compte que la périodicité de ses accidents l'empêchera de sortir de l'asile. Sa sensibilité est normale, la malade mange et dort bien s'occupe régulièrement.

Peu de jours après cet examen J... reçoit la visite d'un de ses anciens patrons qui lui aurait fait de vifs reproches. La malade s'agite, est tourmentée, a de l'insomnie ; le 24, trompant la surveillance des infirmières elle va se coucher et se livre à une tentative de suicide par strangulation.

Interrogée le lendemain, elle prétend ne se souvenir aucunement des événements qui se sont produits les jours précédents. Elle ne peut dire ni le jour, ni le mois ni l'année présents ; elle est ahurie, ne répond que par monosyllabes. Les jours suivants elle tombe peu à peu dans la stupeur ; elle erre dans le dortoir, se lève parfois la nuit, ne veut pas parler. Ses pupilles sont dilatées. Le 4 août, on remarque qu'elle est brûlante et on la maintient au lit. Le 5 août, le pouls est faible et marque 130. L'auscultation ne révèle rien d'anormal au cœur. La malade a de l'acné de la face, on supprime le bromure qu'elle prenait depuis plusieurs jours ; la température du soir est de 39°. Le 6 août la température du matin est de 40°, le pouls est incompréhensible, les extrémités sont glacées. La malade est dans l'adynamie et ne réagit à rien ; elle ne parle plus du tout. Elle meurt dans la journée. L'autopsie n'a pu être faite.

On a souvent remarqué la fréquence des troubles mentaux périodiques chez les membres d'une même famille. Dans son traité Kræpelin note le fait d'une façon précise : mais l'observation des folies périodiques familiales proprement dites paraît avoir été rarement recueillie. Actuellement il existe à l'asile deux sœurs atteintes toutes deux de folie intermittente de forme tout à fait identique.

OBSERVATIONS XX et XXI

(Résumées d'après les notes communiquées par M. Trénel).
FOLIE PÉRIODIQUE avec idées de suicide ayant débuté chez
deux sœurs à l'âge de 18 ans.

Le père a été interné, puis a disparu.

Le P... Marie, entrée à l'asile Saint-Yon (1854), à l'âge de 18 ans.
Amenée de l'hospice à la suite de diverses tentatives de suicide.

Dans les premières années de son séjour, elle tombe périodiquement dans un état d'agitation avec refus de nourriture.

Dans l'intervalle elle est déprimée avec idées hypocondriaques.

En 1872, on note des périodes de stupeur (10 jours) séparées par des intervalles lucides. Depuis 1878, elle a des accès intermittents de dépression avec idées de suicide. Depuis 1896, elle présente des périodes mélancoliques avec idées de suicide mais peu régulières. Dans l'intervalle, la malade est lucide et son intelligence n'a pas baissé. Elle a un léger prognathisme inférieur et une certaine asymétrie de la face.

Le P., Françoise, entrée à l'asile Saint-Yon (1867) à l'âge de 18 ans, à la suite de deux tentatives suicide. Elle présente des accès périodiques de dépression ou de stupeur avec idées de suicide. Au début de son séjour, elles duraient de 8 à 10 jours avec des intervalles d'un à deux mois. Dès 1869, les périodes de dépression sont plus longues avec intervalles clairs d'un mois. Depuis 1896, mêmes alternatives plus ou moins régulières au point de vue de la longueur et de l'intensité; les idées de suicide y sont constantes pendant les accès.

On sait qu'on a voulu identifier la folie périodique avec les équivalents psychiques épileptiques. Les ressemblan-

ces sont parfois très grandes ainsi que nous l'avons remarqué à propos de l'observation XV ; il n'y a pas lieu d'insister sur ce fait qui n'a pas d'importance particulière au point de vue qui nous occupe. Cependant nous ferons allusion en passant à la forme cyclique que peut présenter la folie épileptique vraie. Nous ne sommes pas en mesure d'en proposer des exemples mais ce caractère de régularité existe manifestement chez deux hystéro-épileptiques du service ; on voit chez ces deux malades aux crises convulsives succéder après la courte période de dépression post-comitiale de véritables accès d'agitation maniaque ; chez l'une en particulier cette excitation maniaque est elle-même suivie d'une période dépressive allant dans un cas à l'idée et à la tentative de suicide.

Ces faits mériteraient de plus longs développements nous nous contenterons de les indiquer. L'âge de début de l'affection chez ces 2 malades est de 17 et 18 ans.

CHAPITRE IV

Psychoses menstruelles.

On pourrait prendre comme un des types de folie de la puberté les psychoses menstruelles périodiques qui ont été décrites depuis longtemps déjà par Delasiauve et Berthier puis par Schœnthal et Friedmann.

Ces psychoses paraissent en effet être absolument caractéristiques mais il n'en est pas moins vrai que l'on rencontre des accidents tout à fait analogues à l'âge adulte ; il paraît donc difficile d'accepter autrement que comme une dénomination commode le nom de psychoses menstruelles primordiales que leur a attribué Friedmann. C'est ce dernier auteur en effet qui en a donné la description la plus complète (1). Nous pouvons en donner ici une observation bien caractéristique. La malade dont il s'agit était à son entrée d'une intelligence moyenne ; nous pourrions citer une autre jeune malade imbécile avec stigmates physiques qui présente une manie menstruelle typique semblable au cas dont l'observation suit.

1. *Psychoses menstruelles primordiales. Munchener med. Wochenschrift*, 1892.

OBSERVATION XXII

FOLIE MENSTRUELLE. Début à l'âge de seize ans à l'occasion de l'instauration des règles. Retour à chaque période menstruelle.

P..., Jeanne, née en 1882, entrée en juillet 1898.

Sa mère et sa sœur s'adonnent à l'ivrognerie et à la prostitution; elle ne présente pas de stigmates physiques; elle a été à l'école primaire et est d'une intelligence moyenne. Trois mois avant son entrée à l'asile elle fut prise à l'occasion de l'instauration de ses règles d'une période d'excitation qui s'est renouvelée à chaque retour du flux menstruel. Ces accès étaient caractérisés par de l'agitation, des chants et paraît-il des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Au moment de son entrée à l'asile (juillet 1898) la malade se trouvait dans une période d'agitation qui dura quelques jours pour reparaître au mois d'août. Les accès reparurent avec la même intensité au retour des règles jusqu'en décembre; la marche en était la suivante: Après une période de deux ou trois jours pendant lesquels la malade était un peu abattue, se plaignait d'avoir mal à la tête, la crise éclatait. P..., s'agitait, disait des sottises, se montrait insolente, riait, chantait, montait sur les tables, ramassait et jouait avec des papiers, ôtait ses habits, allait et venait dans le quartier, le visage vultueux. Elle était très loquace, ne dormait pas la nuit. Après être demeurée trois ou quatre jours dans cet état, la malade se calmait enfin jusqu'à l'époque menstruelle suivante.

La malade se montrait alors docile, aimable, convenable et travaillait de façon régulière.

Depuis le mois de décembre 1898, son état s'est considérablement amélioré car ses accès qui surviennent toujours aux époques menstruelles sont moins accentués ; la malade s'y montre un peu plus vibrante, un peu plus loquace mais on n'observe pas d'agitation véritable.

Le pronostic de ces affections est évidemment difficile à donner et variera avec les conditions particulières de chaque cas ; le pronostic devra être porté à la fois sur la durée probable de la maladie, sur l'intégrité future de l'intelligence et les récidives possibles soit sous la même forme de délire menstruel soit sous une autre forme.

Les cas de Schœntal furent particulièrement bénins ; dans l'un d'eux l'accès s'est réduit peu à peu de 10 à 4 jours et la maladie s'est terminée après 10 accès consécutifs. Schœntal revit ses malades 3 ans plus tard ; la guérison s'était maintenue jusque là mais il ne paraît pas toujours en être ainsi.

Dans certains cas la psychose menstruelle peut n'être que la première manifestation d'une affection périodique qui pourra rester telle pendant de longues années ou au contraire, tout en restant périodique, perdre son caractère menstruel. C'est ce qui s'est passé pour deux malades du service (1), deux sœurs qui après avoir présenté des accidents menstruels périodiques sont tombées dans la démence progressive tout en ayant de courtes périodes d'excitation maniaque, périodes qui n'ont plus de caractère

1. M. Ternel, *Compte-rendu de la Société biologique*, juillet 1899.

menstruel. Ces deux observations sont d'ailleurs complexes et rentrent dans les maladies mentales familiales.

Nous avons eu l'occasion d'observer une jeune fille de 24 ans qui en était à sa seconde entrée à Saint-Yon ; elle faisait alors un accès maniaque simple. Elle avait dû être placée une première fois à l'asile à l'âge de 14 ans (puberté) pour une psychose menstruelle périodique.

OBSERVATION XXIII

DÉLIRE MENSTRUEL PÉRIODIQUE à l'époque de la puberté.
Accès de manie 10 ans après.

C... Angelina, née le 5 mai 1873, entre en 1887 et en 1897.

Cette malade a été admise deux fois à l'asile Saint-Yon ; la première à l'âge de 14 ans en 1887.

Elle fit alors plusieurs accès de manie à l'occasion de l'insaturation et du retour de ses règles.

Réglée pour la première fois en mai 1887, C..., fit alors une période d'agitation de 5 à 6 jours ; en juin nouvelles règles avec rechute. Pendant ces accès la malade parle avec volubilité et d'une façon incohérente, rit et pleure facilement, ne répond pas quand on l'interroge, paraît avoir des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Elle prépare elle-même ses aliments de peur qu'on ne l'empoisonne. Cela la fait admettre à l'asile en juin 1887.

Les certificats d'entrée et de quinzaine de M. le Dr Cortyl constatent que : C..., est atteinte de manie aux époques menstruelles avec excitation, incohérence des idées, hallucinations de l'ouïe, actes désordonnés.

En juillet nouvel accès accompagnant les règles puis la malade redevient calme jusqu'au 5 août date à laquelle commence une période maniaque à l'occasion du retour du flux menstruel. Il en est de même pour les mois d'août et de septembre. Octobre et novembre se passent sans que la malade sorte de son calme ; elle reste parfaitement tranquille, travaille de façon régulière si bien qu'elle sort en décembre définitivement guérie.

Elle reste ainsi jusqu'en 1896 année pendant laquelle elle fut prise d'un petit accès maniaque (avec 2 tentatives de suicide) qui ne dura que quelques jours. Puis en 1897 vers la fin juillet Cou... quitte brusquement sa place et va loger à l'hôtel ; elle accuse son oncle d'avoir voulu la séduire, elle se croit mariée et mère de famille. Elle est amenée à l'asile par la police. Les certificats d'entrée et de quinzaine de M. le Dr Giraud disent que C... est dans un léger état d'excitation maniaque, qu'elle est remuante, ne dort pas, ne travaille pas et tient des propos extravagants.

La malade reste plusieurs mois en état d'excitation maniaque parlant avec volubilité, allant et venant, se coiffant d'une manière un peu extravagante, ayant un aspect un peu érotique. On n'a pas constaté d'exacerbations des symptômes au moment des règles. La malade s'est calmée peu à peu après une très légère période de dépression et est sortie guérie en mai 1898.

A côté des psychoses menstruelles périodiques nous devons placer immédiatement comme en étant très voisins les délires qui surviennent d'une façon isolée au moment même de l'établissement de la puberté chez la femme. Ces délires peuvent affecter, on peut le dire,

toutes les formes (manie, mélancolie, délire hallucinatoire, confusion mentale, stupeur etc...). On a proposé d'identifier ces délires avec les délires menstruels périodiques sous prétexte qu'ils représentent une psychose périodique avortée et ayant consisté en un unique accès. C'est peut-être là une simplification abusive; toutefois il y a une transition sensible entre cette forme à accès unique et les accès multiples.

OBSERVATION XXVI

M..., née le 15 mars 1864 entrée le 15 février 1899.

Cette jeune fille abandonnée a été recueillie et élevée par l'hospice du Havre. A 13 ans elle fut placée comme domestique successivement dans plusieurs maisons; pour des raisons inconnues de nous elle ne resta que peu de temps dans chacune de ses places.

Le 30 janvier. — Chez son dernier patron elle fut, la nuit, brusquement prise de peur; elle s'en fut sans vêtements au commissariat de police d'où elle fut conduite à l'hôpital. Elle y resta deux semaines tout à fait désordonnée, voulant fuir, criant et pleurant sans motif, ayant de la perte de la mémoire. Elle est amenée à Saint-Yon le 15 février 1899. Comme stigmates physiques on note que la voûte palatine est un peu ogivale, que les dents sont mal rangées. Pendant quinze jours elle s'y montre indocile, refuse de s'occuper, ne veut pas répondre quand on lui parle. Puis la malade se met au travail tout en restant déprimée; elle est alors calme et raconte, quand on l'interroge, son histoire tout en l'arrangeant à sa façon. Brusquement vers le 15 mars, M..., refuse de travailler.

Le réflexe rotulien gauche est plus fort que le droit, la pupille gauche est plus dilatée que la droite ; elles réagissent bien à la lumière. La langue est un peu tremblante, la sensibilité est normale. La malade reste plusieurs semaines désordonnée inoccupée ; elle déchire ses habits, erre dans la cour, répond avec brusquerie, ne veut pas obéir. Puis elle tombe peu à peu dans l'apathie, presque dans la stupeur dont elle ne sort que lorsqu'on veut l'examiner. La malade est maintenue au lit ; on observe que ses pieds et ses mains sont bleus et présentent des multiples altérations épidermiques ressemblant à des engelures, et qui aboutirent aux pieds à des petites eschares superficielles. La jeune fille ne veut d'ailleurs pas se laisser examiner ; elle pousse de véritables hurlements, résiste énergiquement, se jette dans la ruelle du lit, se traîne à terre et griffe. Enfin elle se réveille peu à peu et vers le 10 mai il est possible de procéder à un examen complet. Les réflexes rotuliens sont normaux, on obtient une ébauche de tremblement épileptoïde à gauche, les pupilles réagissent bien, il n'y a pas de trouble de la sensibilité. M... se rappelle bien qu'elle ne voulait pas se laisser examiner, dit savoir pourquoi mais refuse à le dire. La malade est encore un peu troublée ; elle travaille peu, reste souvent assise dans un coin de la cour. En août elle est très calme, travaille et est redevenue parfaitement raisonnable. Elle fut réglée quelques jours après son entrée à Saint Yon ; le flux menstruel n'a reparu qu'en août dernier et régulièrement depuis.

Schüle et Krafft-Ebing rapprochent les psychoses menstruelles périodiques des psychoses périodiques vraies,

mais cette classification ne paraît même pas parfaitement arrêtée chez tous deux. Par exemple Schüle place les psychoses menstruelles dans un appendice aux "folies périodiques". Il est probable qu'il y a à distinguer ces psychoses qui sont de courte durée de celles qui ne sont que l'entrée en matière des folies périodiques vraies, certaines d'entre elles restant une des formes de l'hébéphrénie dans le sens littéral du mot.

CHAPITRE V

Délires systématisés progressifs précoces.

Les délires systématisés au sens propre du mot du type « délire chronique de Magnan » avec leur début insidieux, leur marche progressive, leurs périodes réglées ne sont pas une maladie de la jeunesse. Ce qu'on rencontre comme délires systématisés dans le jeune âge c'est la paranoïa aiguë d'une part, de l'autre le délire des persécutés persécuteurs qui a un début plus ou moins précoce, les délires systématisés originaires (originäre Verrücktheit de Sander).

Sérieux donne comme âge de début du délire chronique à évolution systématique 40 à 45 ans (1). L'attribution à l'âge adulte de cette dernière maladie rend difficile le classement exact de certains cas où, tout en affectant une marche analogue à celle de la maladie en question, le délire débute à un âge plus précoce. Le manque de données sur les antécédents héréditaires, l'absence de signes physiques de dégénérescence et autant que nous pouvons savoir l'absence de stigmates psychiques antérieurs augmentent ces difficultés dans l'appréciation de l'histoire

1. Sérieux. *Le délire chronique*.

d'une malade que nous avons actuellement sous les yeux. Il s'agit d'une institutrice diplômée, sortant de l'école normale chez qui la maladie a débuté à l'âge de 22 ans à la suite de surmenage physique et intellectuel. L'affection paraît bien avoir parcouru le stade classique d'inquiétude, d'interprétations délirantes avant d'en arriver à la période d'état avec ses idées de persécution et ses hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale. Il y a eu là une systématisation bien progressive analogue à celle du délire chronique, quoique assez rapide.

A aucun moment le délire ne paraît avoir présenté le polymorphisme et les variations que l'on note habituellement dans les délires systématisés dits de dégénérés. Ce cas pourrait peut-être être considéré comme un délire systématisé à début précoce et arrivé dès maintenant à sa période d'état. L'évolution future de l'affection permettra seule de lui attribuer sa valeur exacte. Cependant dès maintenant la question se pose d'autre part de savoir si nous n'aurions pas affaire simplement à une démence précoce à début particulièrement lent et dans laquelle le stade de délire aurait présenté une longueur tout à fait anormale. En effet dans ces derniers temps le malade présente un état d'agitation presque permanent avec confusion dans les idées; ce qui joint à une incohérence particulière dans les réponses permet de se demander si l'affaiblissement intellectuel n'a pas commencé. Mais l'état d'irritabilité de la malade ne permet pas de s'en rendre facilement compte.

Ces états de confusion transitoire peuvent se rencontrer au cours des délires les mieux systématisés. Ceci étant

établir cette observation ne sera donnée que comme exemple de la difficulté du diagnostic ; malgré que la systématisation à allure tout à fait progressive ait été manifeste, le fait que l'affaiblissement intellectuel s'établit déjà différenciera ce cas des délires systématisés de l'adulte.

OBSERVATION XXV

DÉLIRE SYSTÉMATISÉ à marche assez rapide ayant débuté à 22 ans. Surmenage intellectuel. Privations. Période d'incubation de 3 ans de durée. Période d'interprétations délirantes et d'illusions de 3 ans. Entrée à l'asile en état d'agitation. L'intelligence paraît être depuis en voie d'affaiblissement rapide.

L..., Augustine, née le 4 août 1870.

Cette malade est entrée en 1886 à l'école normale de Coutances qu'elle quitte en 1889 pour entrer dans l'enseignement ; elle fait 4 places jusqu'en 1892. Sur sa demande elle est mise en congé afin d'aller à Paris préparer le concours de l'école supérieure de Sèvres ; elle se place alors à Boulogne chez Mlle M... où elle fait des cours. Il semble qu'alors elle ait déjà eu quelques idées de persécution ; elle raconte qu'elle eut des difficultés avec Mlle M... qui lui reprochait de ne pas lui donner tout son temps.

L... dormait mal parce qu'elle sentait qu'elle ne pourrait arriver à son but. Elle échoue deux fois au concours de Sèvres (1893 et 1894). On lui refuse un poste d'institutrice dans la Manche ; elle se plaint que l'inspecteur d'académie lui en voulait ; elle demande à entrer dans le personnel enseignant de la Seine-Inférieure ; nouvel insuccès qu'elle attribue à la malveillance de l'inspecteur d'académie. Notre malade vécut jusqu'en 1895

chez une de ses anciennes maîtresses. L'uis commencent se-pérégrinations qui ne sont pas le fait de son délire mais néces-sitées par le besoin de gagner sa vie. Elle passe en Angleterre à Bristol quelques mois puis à Cliwsdon. Elle reçoit sa nomi-nation d'institutrice dans la Seine-Inférieure et part pour D... Elle y fut, dit-elle, très malheureuse. Elle va ensuite à Y... où M... sa nouvelle directrice l'accueille avec défiance effrayée, dit la malade, du zèle qu'elle montrait. On lui confie le cours du brevet simple qui avait jusqu'ici été mal dirigé. Le carac-tère de la directrice devint, nous dit L..., de plus en plus faux et déloyal ; elle chercha à la perdre dans l'esprit des parents des élèves, et à lui faire le plus de peine possible. Elle lui fit à plusieurs reprises enlever ses livres et ses cahiers de classe, excita contre elle les élèves qui répondaient, ne faisaient plus leurs devoirs, ne savaient plus leurs leçons.

Le 16 mars 1897, notre malade va à Q... où elle reste jus-qu'au 2 juin ; nouvelles tracasseries de la part de la directrice. Le... est alors mise en congé jusqu'en octobre ; elle est envoyée à D... Elle nous raconte qu'elle y fut persécutée par ses supérieurs ; l'inspecteur aurait recommandé à la directrice d'examiner l'état d'intégrité de son intelligence et l'aurait fait souvent interroger dans ce but. Elle reconnaît d'ailleurs qu'elle avait des manies, qu'elle mettait sous clef tout ce qui lui appartenait, qu'elle aimait à se figurer des dangers : à croire, par exemple, qu'une égratignure était quelque chose de grave. La directrice éprouvait sa mémoire, lui reprochait de ne pas reconnaître une personne qu'elle n'avait vu qu'une fois. On lui faisait faire toutes sortes de choses ; on voulait lui faire dire le contraire de ce qu'elle avait avancé pour voir si elle était capa-ble de distinguer la vérité de l'erreur.

Exaspérée de cette surveillance L... fit une scène, brisa un carreau, quitta brusquement D... sans congé et vint s'installer à Rouen. Elle prétend qu'à cette époque elle aurait vu deux médecins de l'asile Saint-Yon s'entretenant d'elle dans un square de la ville avec le directeur de Quatre Mares : d'ailleurs ces chuchotements à son sujet existaient depuis longtemps déjà.

A la suite d'une scène qu'elle fait à son propriétaire L... est amenée à l'asile Saint-Yon le 23 juillet 1898. Le diagnostic porté fut délire systématisé. A cette époque la malade écrit plusieurs lettres dont voici quelques extraits.

« Je persiste à penser et à dire que j'ai toute ma lucidité
« d'esprit. On m'envoyait au jardin Solférino ou ailleurs et là
« on me ménageait une rencontre avec des personnes qui me
« disaient nombre d'erreurs ; elles étaient bien en désaccord
« avec ce que je pensais moi-même mais mon silence les a
« persuadés que mon jugement était affaibli... Le docteur craint
« aussi que je n'aie plus la mémoire des lieux ; s'il en était ainsi
« mon cas serait bien grave car l'affaiblissement des percep-
« tions visuelles indiquerait l'insensibilité du cerveau et par là
« même l'incapacité de penser et d'agir... Je souffre beaucoup
« me sentant toujours sur la sellette ; les docteurs sont per-
« suadés que ma volonté et ma raison sont affaiblies ».

Le 18 août, la malade se plaint : « on me fait des pantomimes par votre ordre, on prétend que mon cerveau est insensibilisé, on me refuse des livres : c'est une tactique pour éprouver ma volonté. M. Charles (?) soi disants'appelle en réalité carolus magnanima : j'ai dit magnanima parce que j'ai pensé à Charlemagne ». La malade va et vient inoccupée, lit et écrit des lettres. Elle est très agitée, crie, frappe et ne peut être conservée dans un quartier de malades tranquilles. Placée dans un quartier d'a-

gitées elle devient de plus en plus inabordable ; tantôt elle s'isole, tantôt elle erre dans la cour, dit des injures grossières et crie quand on veut lui parler ou s'occuper d'elle. Elle laisse flotter ses cheveux ou se coiffe de façon bizarre. Elle ne s'occupe pas du tout et il est parfaitement impossible de se rendre compte d'une façon précise de l'état de ses facultés intellectuelles. Elle paraît hallucinée mais on n'obtient d'elle aucune confiance à ce sujet. Elle s'alimente bien, dort mal (elle crie la nuit) elle est bien réglée. Elle reste des mois et des mois dans cet état. Au commencement d'août 1899 nous la trouvons assise dans un coin de la cour : elle paraît très troublée, elle pleure, gémit, dit qu'elle est sûre qu'elle n'était pas malade à son entrée : « On m'a fait perdre mon esprit il y a 8 jours j'ai récité des poésies que je ne puis réciter aujourd'hui ». Le... continue à laisser ses cheveux flotter et à prendre peu de soin de sa personne.

Le 24 août la malade arrive échevelée ; elle crie, frappe du pied, va et vient le long du mur à la manière des bêtes fauves. Elle dit des grossièretés, profère des injures pour répondre à d'autres injures qui semblent hallucinatoires. « J'ai lu le livre que vous m'avez prêté ce qui prouve que vous m'avez bien affaibli l'esprit ; on m'a entrepris le cerveau, on m'a envoyé du sang dans le cerveau et je sais bien que c'est pour me donner de la lucidité ; ils vont m'abrutir jusqu'à ce qu'il ne me reste plus de savoir. On m'enlève ma tête. Qu'est-ce que ce docteur-là ; il en sortira des enfants. Tu m'as reproché que ma lettre sur Athalie était superficielle mais je ne l'ai faite qu'en une heure ». Il est impossible de continuer l'examen qui la met dans un état d'exaspération tel qu'elle ne répond que par des coups. Il est toujours aussi impossible d'obtenir des réponses aux questions précises qu'on lui pose pour tâcher de vérifier l'état d'intégrité des fonctions intellectuelles.

Une autre de nos observations se place naturellement à côté de la précédente, présentant elle aussi le tableau le plus caractéristique du délire systématisé à marche progressive avec ici encore un début à un âge très précoce pour une affection de cette catégorie. On y retrouve une période d'inquiétude, d'interprétations délirantes puis une période hallucinatoire avec développement des idées de persécution. Les hallucinations paraissent ici s'être établies d'une façon brusque à propos d'un évènement tout à fait fortuit comme cela a été noté dans certains cas purs de délire systématisé. D'autre part le délire de persécution s'est caractérisé de la façon la plus typique par des pérégrinations faites par la malade pour fuir ses persécuteurs. Actuellement le délire est bien stéréotypé, la malade est calme mais extrêmement réticente. Enfin son allure, sa façon de se coiffer tout à fait particulière permettant de la considérer avec la plus vraisemblance comme ayant atteint le stade d'idées de grandeur sans qu'on puisse cependant l'affirmer de façon catégorique.

Ce serait là un cas de délire systématisé dans lequel si l'on peut s'exprimer ainsi la malade aurait brûlé les étapes. Rappelons la tare héréditaire grave qui existe dans ce cas. Ajoutons qu'ici à l'inverse du cas précédent il ne semble pas qu'on puisse supposer un affaiblissement intellectuel ; mais pour d'autres raisons que dans l'autre observation (réticence, difficulté de l'abord de la malade) on ne peut se faire une idée précise à ce sujet.

OBSERVATION XXVI

DÉLIRE SYSTÉMATISÉ. Ayant débuté à l'âge de 21 ans.
Hérédité.

D... Juliette née le 19 avril 1874, entrée en 1899.

La mère paraît normale ; la grand'mère maternelle est aliénée, a des hallucinations mais peut être soignée chez elle à la campagne ; cette malade est restée jusqu'à un âge avancé en pension et a reçu une très bonne instruction.

Ses parents ayant subi des revers de fortune elle s'est placée comme demoiselle de magasin dans plusieurs maisons de Rouen. Chez notre malade le début probable de l'affection remonte environ à quatre ans ; à cette époque elle fait quelques scènes à sa mère s'habille de façon bizarre ; et ses patrons remarquent un changement dans son caractère.

Il y a deux ans elle ne veut plus rester chez ses parents, accuse sa mère de chercher à lui faire le plus de mal possible ; elle se rend et reste plusieurs mois chez une tante des environs puis en part pour aller à Paris ; elle s'engage comme domestique chez un ami de la famille qui la garde par pitié. Puis un jour brusquement elle quitte sa place se rend à Dijon (où sa famille va la chercher sans pouvoir la faire consentir au retour) à Troyes à Lyon où elle reste quelques jours à l'hôtel enfin dans un village des environs, de cette dernière ville. Ses parents malgré de nombreuses recherches ne pouvaient retrouver sa trace lorsqu'ils reçurent une lettre leur demandant du linge et des bijoux. Ils vont rejoindre leur fille réussissent à la ramener à Paris qu'elle ne veut pas quitter, elle y reste plusieurs

mois enfin elle consent à revenir à Rouen. Installée de nouveau chez ses parents elle y reste inoccupée, elle accuse sa mère de la persécuter et de lui ravir sa correspondance ; elle se rend tous les jours à la préfecture afin d'avoir une audience du préfet auquel elle écrit d'ailleurs de nombreuses lettres. Enfin exaspérée de n'être point reçue elle fait du scandale dans les bureaux de la préfecture et est mise à la disposition du commissaire de police.

Interrogée par ce magistrat, elle lui déclare : qu'elle est persécutée et qu'il n'y a pas d'honneur dans le gouvernement; qu'en 1897 étant allée à la foire Saint Romain un homme inconnu lui a dit qu'elle avait les seins sales ; qu'à cette époque tout le monde sur son passage lui criait qu'elle était la femme du dompteur Marck ; que lorsqu'elle est allée à Paris elle a été retrouvée par Marck qui lui a souhaité le bonjour de la cage où il était entré. Elle se plaint au commissaire de police qu'on lui décachète ses lettres pour en envoyer le contenu dans tous les pays du monde; que lorsqu'elle marche dans la rue tous les passants se détournent pour la dévisager.

Le certificat de M. le D^r Giraud porte que D... manifeste des idées de persécution liées à des hallucinations et des illusions des sens. Elle se montre réticente et répond souvent quand on l'interroge : « vous le savez bien, je l'ai dit, je n'ai point besoin de le répéter ». Elle consent à dire qu'elle a quitté Rouen parce qu'elle s'entendait invectiver ; elle est allée à Paris, Troyes, Dijon, Lyon. Chaque fois qu'elle arrivait dans une ville, elle s'apercevait à la manière dont on la regardait qu'elle avait été signalée et qu'elle était reconnue. Elle est affectée de folie systématisée.

La malade ne présente pas de stigmates physiques de dégé-

nérescence. Depuis son entrée à l'asile, elle est toujours restée calme, elle travaille d'une façon régulière, raisonne parfaitement sur tout ce qui ne touche pas son délire, mange et dort bien, elle cause peu et se montre réticente lorsqu'on l'interroge. Cependant elle déclare, lorsqu'on la pousse, qu'elle a fui pour échapper aux persécutions dont elle était l'objet. Si elle s'est adressée à la Préfecture c'était pour demander protection. Elle garde toujours un air digne, se coiffe d'une façon compliquée. Elle refuse de recevoir la visite de ses parents et dit qu'elle n'a plus rien de commun avec eux. Autant qu'on en peut juger elle n'a subi aucun affaiblissement intellectuel.

Nous ne reviendrons pas sur les rapprochements qui s'imposent entre ces deux observations, mais nous demanderons par quel nom, par quel terme clinique en usage nous pourrions désigner ces deux malades. Est-ce là des délires de dégénérés ? la précocité du début ne suffit pas pour inférer la dégénérescence et de plus tout stigmatisme nous manque. Il est vrai qu'il existe une hérédité grave dans l'un des cas et que les renseignements à ce sujet nous manquent dans l'autre observation ; en tous cas les caractères attribués aux délires systématisés des dégénérés manquent dans l'une et l'autre observation ainsi que nous l'avons remarqué tout à l'heure. La maladie a eu un début insidieux, une marche lente et progressive et la systématisation s'est faite de la façon la plus régulière.

C'est pourquoi, sans préjuger ni de la pathogénie ni de la valeur nosologique de ces deux cas nous les désignerons d'un nom qui servira de titre à ce chapitre : délires systématisés progressifs précoces.

CONCLUSIONS

Il est impossible sur ce travail qui n'a trait qu'à quelques points particuliers de la folie précoce de tirer des conclusions générales. Les seules que nous puissions présenter pour chacun des chapitres en particulier seront les suivantes :

I. — DÉMENGE PRÉCOCE. — La démence précoce quoique beaucoup moins fréquente chez la femme que chez l'homme a été trouvée dans la proportion de 1,13 (entrées générales de l'asile St-Yon) et de 7,85 (entrées au-dessous de 25 ans). Il est possible (Christian) que la démence précoce chez la femme soit en progression en raison des nouvelles conditions sociales. Les causes en seraient les mêmes que chez l'homme (en particulier le surmenage) sans qu'on puisse d'une façon bien certaine faire jouer un rôle spécial aux phénomènes de la puberté particulières à la femme. Au point de vue clinique les mêmes formes et la même marche se retrouvent chez elle. Les données sur l'hérédité des malades sont trop incomplètes et le nombre des observations est trop faible pour pouvoir donner à ce sujet des conclusions même approximatives, quoiqu'il semble assez évident que plusieurs de nos malades ne puissent être considérées comme des héréditaires dégénérées.

II. — **CONFUSION MENTALE AIGUE ; DÉLIRE AIGU.** — La confusion mentale aiguë tout à fait précoce est rare ; sa fréquence augmente après la puberté. Dans certains cas elle paraît être en rapport intime avec l'instauration des règles. Les formes graves semblent peu fréquentes aussi et affectent l'aspect du délire aigu.

III. — **FOLIES PÉRIODIQUES.** — Les folies périodiques vraies peuvent avoir un début relativement précoce sans qu'on puisse établir dans certains de ces cas l'existence d'une dégénérescence, d'une prédisposition particulièrement accentuées. La marche de ces psychoses périodiques à début précoce ne paraît pas différer très notablement des folies périodiques à début plus tardif. La détermination des formes qu'affectent de préférence les folies périodiques précoces demanderait la réunion d'un plus grand nombre d'observations.

IV. — **PSYCHOSES MENSTRUELLES.** — Les troubles mentaux de l'instauration des règles présentent la forme périodique ou la forme par accès. Ces accidents du début peuvent rester isolés et guérir après un temps variable, ou bien dénoncer une prédisposition qui se traduira plus tard par des accidents de même forme ou de forme différente, ou bien encore n'être que le début d'une folie périodique ou continue.

V. — **DÉLIRES SYSTÉMATISÉS PROGRESSIFS PRÉCOCES.** — Certains délires systématiques à début précoce peuvent présenter une marche progressive qui les rapproche, malgré leur plus grande rapidité, des délires systématiques chroniques de l'adulte.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ASSCHAFFENBURG. — All. Z. f. Psychiatrie, tome 54, fasc. 6, mars 98.
- BALL. — Hébéphrénie. Encéphale, 1884.
- CHARPENTIER. — Congrès médecine mentale de Rouen, 1890.
- CHASLIN. — Confusion mentale primitive, 1895.
- CHRISTIAN. — Annales med. psychologiques, 1899.
- DARASZKIEWICZ. — Thèse Dorpat, 1892.
- FRIEDMANN. — Psychoses menstruelles primordiales. Munchner med. Wochenschrift, 1892.
- ILBERG. — Allg. Z. f. Psychiatrie tome 55, fasc. 4, sept. 98.
- KROEPELIN. — Psychiatrie, Leipsig, 1893.
- Allg. Z. f. Psychiatrie tome 56, mai 1899.
- VON KRAFFT EBING. — Traité maladies mentales, 4^e édition, 1890.
- P. LEMAITRE. — Thèse Paris, 1895.
- MAGNAN. — Communication au Congrès intern. de médecine, 1889. Recherches sur les centres nerveux, 1893. Leçons cliniques sur maladies mentales.
- MANHEIMER. — Les troubles mentaux de l'enfance, 1899.
- MAIRET. — Annales méd. psychologiques, 1888-99.
- RITTI. — Traité clinique de la folie à double forme.
- SANDER. — Archives de Psychiatrie, volume I.
- SCHOENTHAL. — Archives de Psychiatrie, n° 23.

SCHÜLE. — Traité clinique des maladies mentales, trad. Dagonet Duhamel, 1888. Allg. Z. f. Psychiatrie, tome 54, fasc. 4, 4 nov. 97. (Analysé dans revue neurologique, février 1898).

SÉRIEUX. — Le délire chronique, 1891.

TRÉNEL. — Compte-rendu société biologique, juillet 1899. Normandie médicale, 1897.

ZIEHEN. — Psychiatrie.

WILLE. — Psychosen der Pubertätsalters, 1898.

Vu par le Président de la thèse,
JOFFROY

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
CHAPITRE I. — Démence précoce (8 observ.)	10
CHAPITRE II. — Confusion mentale aiguë (4 observ.). Délire aigu (2 observ.)	54
CHAPITRE III. — Folie périodique (7 observ.)	80
CHAPITRE IV. — Psychoses menstruelles (3 observ.)	98
CHAPITRE V. — Délires systématisés progressifs précoces (2 observ.)	106
CONCLUSIONS	116
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	118

